

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Etiología, patogenia y diagnóstico de los abscesos sub-
frénicos**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José Fernández Blasco

Madrid, 2015

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL

TESIS DEL DOCTORADO DE MEDICINA

P o r

JOSÉ FERNÁNDEZ BLASCO



ETIOLOGÍA, PATOGENIA Y DIAGNOSTICO DE LOS ABSCESES SUB-FRENICOS

Con 7 dibujos y 2 fotografados
intercalados en el texto.

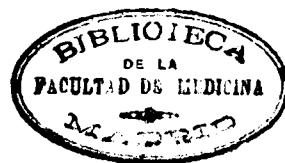
Junio 1907

&&&&&

- 1 -

INTRODUCCION

&&&&&&&&



Perplejo me encontraba en la elección de tema para mi memoria reglamentaria aspirando al grado de Doctor, cuando el ingreso en la clínica del Doctor Codina de este Hospital general de un enfermo con absceso sub-frénico, cuyo diagnóstico confirmó la autopsia; me decidió á elegir el tema "Etiología Patogenia y Diagnóstico de los abscesos sub-frénicos" influyendo en mi ánimo, los requerimientos del antedicho profesor, para que así lo hiciese.

Como mío, deficiente será este trabajo, por faltarme experiencia clínica y ser novicio en trabajos literarios.. Pero está

- 2 -

lleno de buen deseo y sobre todo, espero en la indulgencia del docto Tribunal que me escucha, y si merece ser aprobado, justificado quedará mi agradecimiento.

Por deber de gratitud y afecto he de hacer constar públicamente mi sincero agradecimiento al Doctor D. José Codina Castellvi por los sabios consejos y útiles enseñanzas que de él he recibido durante el tiempo que he estado á su lado en la clínica; y en particular, durante la confección de esta memoria autorizándome primero á publicar un caso inédito y suministrándome luego con suma bondad los datos necesarios.

También he de dar las gracias á mi querido catedrático de Patología Médica en la facultad de medicina de Valencia Doctor

D. Rafael Pastor González que muy amablemente me remite la historia clínica de absceso sub-frénico de uno de los enfermos de su clínica particular en aquella capital, y operado felizmente, por mi no menos querido profesor de la misma facultad Doctor D. Enrique López.

Dos casos clínicos sirven pues de base para mi trabajo. El que he tenido ocasión de observar recientemente en este hospital provincial, sala del Doctor Codina , seguido de necropsia que, científicamente, tan preciosas enseñanzas suministra siempre. Y el que debo á la bondad del Doctor Pastor, publicado en un artículo de la Revista "La Medicina Valenciana".

Después de estas dos observaciones, haré una ligera reseña histórica y pasaré á ocuparme en tres capítulos diferentes de

-4-

la Etiología, patogenia y diagnóstico de los abscesos sufrénicos; terminando con la exposición suscinta de varias observaciones entre sacadas de las distintas estadísticas publicadas y que me sirven para corroborar lo dicho en el transcurso de mi escrito. De estas observaciones he elegido las que van seguidas de autopsia, pues además de ser desgraciadamente las más numerosas, son las que no se prestan á duda.

Los abscesos sub-frénicos que según Vanlair (1) no forman una entidad nosológica bien definida, no son en último término otra cosa que peritonitis purulentas enquistadas, en las cuales pueden encontrarse, algunas veces, gases; y situadas debajo del dia-

(1) Vanlair. Contribution á l'etude des abces sous-diaphragmatiques gaceaux. Julio 1893. (Revue de Medecine)

fragma y encima de los organos que él cubre.

Y siendo las peritonitis localizadas, un suceso favorable para el enfermo, debemos poner cuidado en diagnosticarlas, para aprovechar este medio de defensa orgánica y proponer el tratamiento adecuado.

La necesaria división del trabajo, justifica las atribuciones del médico y del cirujano. La afección que nos ocupa, al que le toca diagnosticarla porque á él acuden los enfermos; es al médico. Pero el tratamiento es exclusivamente quirúrgico y el único que puede salvar la vida del enfermo.

Es inútil decir, pues salta á la vista, que tanto hace por la salud del enfermo, el médico que diagnostica su mal y propone un tratamiento salvador, como el cirujano que lo lleva á cabo, al

ser el remedio operatorio.

La importancia pues de diagnosticar pronto y bien los abscesos sub-frénicos, es inutil encarecerla. Las dificultades que ofrece su diagnóstico la mayor parte de las veces, está reconocida por todos. Por tanto cuantos trabajos se hagan en este sentido, por insignificantes y modestos que sean, como el mío; son de utilidad manifiesta.

El tratamiento ya he dicho que necesariamente es quirúrgico y este es el que debemos proponer como único conveniente, siendo al cirujano al que le toca elegir el procedimiento que crea más adecuado.

Siendo el objeto de mi memoria, el tratar exclusivamente de la etiología, patogenia y diagnóstico de los abscesos sub-fréni-

cos, no describiré los distintos métodos operatorios, limitándome solamente á consignar, respecto al tratamiento, lo anteriormente dicho.

Para terminar estas líneas generales diré: que la etiología y patogenia de los abscesos sub-frénicos es varia; el diagnóstico difícil y el pronóstico grave, aunque actualmente ha mejorado. Lang (1) dice que curan en 12'3% en los no operados y el 47'9 en los operados. Y ~~quede~~ la lectura de las historias clínicas publicadas, se desprende que la inmensa mayoría de los enfermos con abscesos sub-frénicos, han muerto brusca, repentinamente.

(1) Thesis Moscou, 1895.

Observación inédita, recogida en éste hospital general;
Sala 30 á cargo del Doctor Codina Castellvi.

M. G. 37 años; soltero albañil; natural de Madrid; ingresó en clínica el 12 de Abril de 1907 ocupando la cama número 17 .

Como antecedente refiere haber padecido, (con anterioridad á los últimos días de Marzo de que parte su enfermedad actual) durante unos tres años; algunos trastornos gástricos poco intensos y que no supo determinar con exactitud. No refiere ningún otro antecedente digno de mención.

Estando trabajando el día 28 ó 29 de Marzo, ó sean 15 días antes de su entrada en la clínica, se sintió repentinamente enfermo, con grandes dolores en el epigastrio, perdió el conocimien-

to, y cuando después de atendido en una casa de socorro fué transportado á su casa, su familia dice "creían que se moría".

Mejóro al poco tiempo y durante los días que transcurrieron hasta su entrada en el Hospital, dice haberlos pasado en el mismo estado que observamos á su ingreso.

Estado actual. Su cara indica sufrimiento; decúbito dorsal; dolores espontáneos en el abdomen y parte inferior del torax; al incorporarse en la cama cuando la inspección lo requería estos dolores se exacerbaban.

A la inspección se notó algo más tumentoso el hipocondrio derecho y parte del epigastrio.

La palpación del abdomen provocaba mayor dolor, sobre todo en el reborde costal derecho que hacía imposible la palpación

del borde cortante del hígado.

Por percusión se pudo limitar una zona maciza de convexidad superior situada en el lado derecho (véase fig. 6, pag. 27) cuya convexidad tenía por límite una línea que partiendo de entre la 10ª. y 11ª. vértebra dorsal, y dirigiéndose hacia adelante y arriba llegaba á dos traveses de dedo del ángulo inferior de la escápula, la cúspide de esta línea estaba al nivel de la línea axilar en su intersección con la 7ª. costilla; desde cuyo punto volvía á descender pero con curva más abierta, para terminar por adelante en el borde derecho del esternón cerca del apéndice xifoides. Esta zona de macidez, así limitada por arriba, se continuaba por abajo con la macidez normal del hígado, sin cambio de tonalidad ninguna

- 11 -

y rebasando un poco el reborde costal inferior derecho.

Las vibraciones torácicas estaban abolidas en la zona antes descrita.

Auscultación . Ausencia del murmullo vesicular en el lado derecho inferior del torax, en la parte correspondiente á la macidez. No había soplo ninguno. Por arriba de la macidez roces en todo el plano anterolateral del hemitorax derecho.

La prueba del cordón no acusó desviación del esternon hacía el lado derecho.

Los datos de temperatura y pulso, el día y medio que estuvo en clínica, fueron 39'3° y 113 pulsaciones la tarde de su ingreso y 37'9° con 100 pulsaciones el día 13 por la mañana.

Las reacciones de Ehrlich, dieron resultados negativos

la diazoica, tanto primaria como secundaria; y la alheídica positiva debil la primaria y fuertemente positiva la secundaria.

Fundándose el Doctor Codina, en los antecedentes gástricos y probable perforación, en la curva de convexidad superior de la macidez, en la ausencia de vibraciones torácicas en este lado, en los resultados de la auscultación, temperatura y estado general del enfermo; hizo un razonado diagnóstico de este caso clínico calificándolo de absceso sub-frénico, de origen probablemente gástrico por perforación de úlcera latente. Se le percibió régimen dietético apropiado y fué trasladado á una Sala de cirugía el día 14, para ser operado. No se intentaron otros medios de exploración, porque además de ver, el Doctor Codina, claro el diagnóstico, la urgencia de la operación era manifiesta y el traslado se tuvo que hacer á los dos días escasos de su

- 1 -

ingreso.

Intentada la operación, no se logró dar con el absceso; pero si se vió el hígado aumentado de volúmen, lo cual, sin duda hizo que se desistiese de continuarla.

El enfermo murió el día 20 de Abril.

Autopsia. Abierto el torax, se encontró la pleura parietal del lado derecho, con numerosas adherencias á la víscera tanto en la cara antero-lateral del torax como en la porción diafragmática; al separar la pleura de la base del pulmón, de la pleura diafragmática, además de las adherencias se encontró una mancha redondeada, (del tamaño de una pieza de 10 céntimos) en el tercio posterior de la mitad interna del hemidiafragma derecho; esta mancha estaba unicamente cubierta por la pleura diafragmática, era blanda

- 14 -

al tacto, fluctuante y á una presión muy ligera se perforó, dando lugar á la salida de un pus cremoso, muy espeso blanco amarillento; por medio del dedo se notaba que esta perforación comunicaba con una cavidad que existía debajo del diafragma.

No había derrame en las pleuras y nada de particular en los demás órganos torácicos.

Abierta la cavidad abdominal lo que llama desde luego la atención es el gran aumento de volumen del hígado, tanto del lóbulo derecho como del izquierdo, pero sobre todo del primero. La superficie del hígado era granugienta y estaba sembrada de manchas que tenían algún relieve sobre la superficie del órgano y que eran de color amarillo obscuro. Había grandes adherencias entre la capsula de Glisson y el peritoneo diafragmático, sobre todo, en la cara

- 1 -

superior del lóbulo derecho; numerosas y fuertes adherencias también en la cara inferior, tanto en el lóbulo derecho como del izquierdo, con el duodeno, conducto colédoco, cabeza del páncreas, omento mayor y otras porciones del peritoneo.

Al separar la cara posterior del hígado, del peritoneo diafragmático, encontramos junto al borde posterior del hígado y al ligamento suspensorio del mismo órgano, una cavidad sub-frénica del tamaño de una manzana grande que contenía pus de los mismos caracteres á los del referido anteriormente y que comunicaba en su parte superior con la perforación artificialmente practicada con el dedo en la pleura diafragmática á través del diafragma perforado y por la parte inferior con otra cavidad desarrollada en pleno tejido hepático, del tamaño de una mandarina y que contenía pus análogo. Sin comunicación macroscópica

- 16 -

evidente se encontraron otras dos colecciones de pus más líquido y del tamaño de una nuez, junto al borde posterior del hígado pero por fuera del absceso mayor. El hígado sangraba al corte con facilidad, era amarillento y en las proximidades del borde posterior, salía pus de algunos conductos de regular tamaño, pero en toda la mitad anterior del lóbulo derecho y en todo el lóbulo izquierdo en los distintos cortes practicados no salía ni una gota de pus. Ni en la vesícula biliar ni en los grandes vasos se encontró tampoco. El apéndice estaba normal, lo propio que el ciego; sólo algunos tramos del ileón estaban fuertemente congestionados. Al separar las adherencias del duodeno con la región ~~intrahepática~~ apareció una perforación redondeada del tamaño un poco mayor que una pieza de dos céntimos de bordes indurados y colocada en la cara posterior

-17-

del primer tramo del duodeno; abierto este se vió que todo él estaba fuertemente congestionado, casi hemorrágico, por el color vinoso obscuro de su mucosa. La perforación referida estaba unida á una úlcera redondeada y de igual forma con la que formaba un ocho de guarismo. En el estómago no había nada de particular.

Observación personal del Doctor D. Rafael Pastor, catedrático de Patología Médica de la facultad de Medicina de Valencia; á cuya bondad debo los siguientes datos que trascribo.

Joven de 13 años sin antecedentes patológicos. Si bien hay que hacer constar el siguiente hecho. La madre del enfermo, fué diagnosticada por el Sr. Pastor, de padecer estenosis intestinal por bridas peritoneales consecutivas á una apendicitis sufrida al-

- 8 -

gunos años antes. No quiso operarse y algunos meses después sobrevino un síndrome alarmante y oclusión intestinal que exigió intervención urgentísima é inútil, pues falleció al siguiente día de la intervención.

Llamado en consulta, el Doctor Pastor, para el niño que á consecuencia de excesos bromatológicos y fatiga grande después de una comida se sintió preso de síntomas que no daban lugar á duda. Diagnosticó una apendicitis, pero el estado del paciente 48 horas después de iniciado el proceso, que es cuando le vió permitía esperar la curación por remedios de orden médico. Tal fué la opinión también de los Doctores López y Navarro. La enfermedad siguió su curso favorable desapareciendo todos los síntomas objetivos y subjetivos abdominales. Después de unos días de tregua (no muchos)

aparece una fiebre accesional de marcha irregular, con sudores profusos, diarrea y adelgazamiento que iba pronunciándose con bastante rapidez. Lo notable del caso era la falta de trastornos funcionales que permitieran localizar la lesión de la cual dependía el cuadro de septicemia lenta, que no era otra cosa que el síndrome descrito.

Un reconocimiento minucioso permitió encontrar cambios físicos que unidos á los síntomas generales tenían una significación decisiva. Estos eran á primera vista los peculiares del derramen de la pleura derecha, pero analizándolos bien había ciertos matices que modificaban este diagnóstico. El hígado estaba descendido, conservaba sus normales caracteres de forma y consistencia pero colocando los dedos por debajo de este reborde y elevándolo por movimiento de alanca se despertaba dolor, que asimismo se

exageraba por las compresión del cuello entre los escalenos del lado derecho.

El límite superior de la macidez en el semi-perímetro torácico derecho, ascendía hasta la punta de la escápula, era de curva con convexidad superior. No existía tos, ni disnea. La demacración era esquelética, la fiebre subcontinua, la diarrea y los sudores no se agotaban y el pulso era poco menos que filiforme. Estado general gravísimo.

Sentado el diagnóstico por el Doctor Pastor, de absceso sub-frénico propuso la operación como único medio de salvar la vida del enfermo.

Practicada ésta por el Doctor D. Enrique López por vía torácica se resecaron tres costillas en el espacio comprendido por las líneas axilares y una vez al descubierto el diafragma, se pun-

- 21 -

cionó para certificar la existencia del pus; una incisión amplia de dicho músculo dió salida á una cantidad superior á dos litros de pus fetidísima. Ningún otro accidente ni operatorio y postoperatorio sobrevino y dos meses después estaba perfectamente curado.

~~~~~

Algunos datos históricos y diferentes nombres que han recibido los abscesos sub-frénicos.

Antes de entrar en el objeto principal de mi memoria, creo pertinente mencionar algunos de los datos históricos.

La primera observación publicada es la de Veit en 1796 . Se trataba de una mujer con un absceso en la región hepática que se abrió espontáneamente entre la décima y oncena costilla, dando salida á numerosos hidátides. Murió la enferma y practicada la autopsia se encontró una colección purulenta, en el lado derecho, entre la cara inferior del diafragma y superior del hígado.

En 1821 Boyer distinguió los abscesos hepáticos propia-



mente dichos de los abscesos perihepáticos según contuviera el pus extraído por la punción substancia hepática ó no; y decia, que en último término no se podia hacer este diagnóstico en vida del enfermo.

Cruveilheir en el diccionario enciclopédico de 1832 (1) dice "se han tomado por abscesos del hígado colecciones de pus formadas entre el diafragma y el hígado, colecciones que deprimen á éste de tal modo, que han hecho creer que la colección tenía lugar en el espesor del órgano".

Barlow fué el primero en 1845 que diagnosticó en el vivo una colección sub-frénica gaseosa (ob. I). Y Rigal mas tarde, en 1874 (ob. II) publicó otra consecutiva á úlcera de estómago.

---

(1) Pag. 327.- *Tomo VIII*

- 24 -

Ya antes que Rigal se registran también varias observaciones publicadas, pero eran más bien producto de autopsia (ob. III y IV).

También merece citarse Eisenlohr 1877 que diagnosticó en el vivo y se ocupó de las variedades clínicas de los abscesos.

A Leyden (Julio 1879) (1) debemos una descripción exacta de los abscesos sub-frénicos y las bases para su diagnóstico y les dió el nombre de pnoneumotorax sub-frénico.

Los franceses reclaman también para Cossy la primacía de haber instituido esta entidad nosológica, por haber publicado en Noviembre del mismo año un artículo (2) distinguiendo tres varieda-

---

(1) Ueber pneumotorax subphrenicus (Zeits. für klin. Med.)

(2) Sur le pneumotorax engendré par les gaz venant du tube digestif (arch. gen. de med.)

des de pneumotorax de origen gastro intestinal: el pneumotorax intrapleural verdadero, pneumotorax intrapleural diafragmático y pneumotorax subdiafragmático llamando á este último falso pneumotorax.

Más tarde en 1886 Deschamps en su tesis describe el absceso sub-frénico como la más frecuente de las perihepatitis.

Además de otros autores contribuyó Maydl en 1894 al avance de éstos estudios, al publicar su monografía (1) donde reunió 179 casos.

En estos últimos tiempos son varios los que se han ocupado de esta afección, entre los cuales citaremos á Martinet, Novack que propone el nombre de empiema hipofrénico diciendo que no se tra-

---

(1) Ueber subphrenischer absce Vienne.

ta de un foco purulento allí formado sino más bien de un derramamiento en una cavidad serosa; á Chauffart, Gilbert, Carnot Lejars &.,

Los nombres que han recibido estos abscesos son varios Pionemotorax sub-frénico (Leyden); falso pneumotorax (Cossy); empiema hipofrénico (Novack); puoperihepatitis y puoneumoperiepatitis (Chauffard); freno-peritonitis (Vanlair); absceso peritoneal para-frénico (Mauclaire) absceso perigástrico (Fenvik); absceso supra-hepático (Bernheim); piotoraxsubfrénico (Monod) absceso subdiafragnático (Debove) absceso sub-frénico (Mayld). La ~~ap~~ecación más generalmente empleada es la última, que expresa con bastante claridad la naturaleza y sitio de la afección y es la que adoptaremos.

-----

-27-

## ETIOLOGIA

&&&&&&&

La mayor parte de los autores hablan de los abscesos sub-frénicos como de una afección poco frecuente. Sin embargo, no está desprovisto de razón Beck (1) al afirmar que "se encontrarán con una frecuencia, por lo menos igual, á la de la apendicitis cuando se ponga más cuidado en buscarlos". Y en apoyo de esto se puede aducir que hace 15 ó 20 años, se consideraba á la apendicitis como rara, y hoy que se diagnostica bien, vemos que es todo lo contrario. No es pues aventurado afirmar que á medida que vayan conociéndose mejor y salvando las muchas causas de error que tiene su diagnóstico, las observaciones de abscesos sub-frénicos seguirán una marcha

---

(1) Beck subfrenic abscess New York Med. recort 1896.

creciente.

Muchas y variadas son las causas que pueden producir los abscesos sub-frénicos. Estos pueden ser primitivos, esto es, tener su origen en el mismo sitio donde ulteriormente se desenvuelven; y secundarios, ó sean que la lesión causal reside en otro punto.

Los primitivos reconocen como causa un origen traumático (observación V.) y no son en realidad los más frecuentes; en la estadística de Nowack se citan cinco casos. A. Pribram (1) dice haber observado un caso de un artillero en que fué producido por una coz de caballo; Scheurlnen (2) en 19 casos reconoce 3 de este

---

(1) Ebstein. Tratado de Medicina clínica tomo II Pag. 876.

(2) Charcot-Bouchard. Tratado de Medicina tomo III Pag. 796.

origen; Bonnemaison en un caso (1) lo atribuye á traumatismos débiles y repetidos.

Los que se producen por perforación de órganos más ó menos mediatos al lugar suprénico ó por propagación de sus afecciones, son muchos más frecuentes. En primer término figuran las perforaciones por úlceras de estómago ó duodenales á cuya causa atribuye Boas (2) el 20 % de los casos de abscesos sub-frénicos; pero como veremos en las estadísticas alcanzan mayor proporción; también se dá el caso de ulceraciones y perforaciones de éste órgano por cánceres.

El colon transversal recomienda Lejars (3) se examine con

---

(1) Deschamps. Le peritonite perihepatique enkistée París 1886.

(2) Boas. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de estómago. tomo II Pag. 97

de Cirugía de París. Sesión 8 Diciembre 1897.

cuidado pues se encuentra perforado muchas veces.

No son solamente éstos tramos del aparato digestivo los que pueden ocasionar éstos abscesos; otras partes más alejadas como la supuración y perforaciones del apéndice, se vé más frecuentemente cada día, que son su causa.

Las afecciones hepáticas, como hace presumir su vecindad, dan lugar al absceso sub-frénico, aunque no con tanta frecuencia como los de origen gastro-intestinal; si bien hay que tener en cuenta, que éstos son mucho más claros que aquellos en su evolución, y por eso no es extraño haya más causas de error. Como causas de origen hepático pueden citarse, el absceso del hígado, el quiste hidatídico y todas cuantas infecciones provoquen una supuración



intra ó extra-hepáticas ( angiocolitis, colecistitis) y las litiasis biliares.

De los demás órganos abdominales sólo nos resta enumerar los abscesos del riñón y perinefritis, abscesos del bazo y las pancreatitis; de estas últimas dice Monod (1) "Las inflamaciones del pancreas sólo, datan de algunos años; por tanto, es lícito pensar que gran número de abscesos sub-frénicos de origen desconocido eran probablemente debidos á éstas inflamaciones" así no vemos figurar en las estadísticas de Nowack y Lang las pancreatitis y en cambio mencionan diez y treinta y cinco casos respectivamente, como de causas desconocidas.

Los órganos pelvianos tampoco están exentos de ocasionarlo

---

(1) Sociedad Cirujía de París sesión 13 de Marzo de 1907.

como lo demuestra la observación VI.

Por parte de los órganos torácicos; una pleuresía, un absceso pulmonar, una pneumonia ó cualquiera otra afección análoga, bien por perforar el diafragma ó atravesar por vía conjuntivo-linfática la infección, pueden dar origen á una localización subfrénica.

Ya que hemos hablado de distintas vías de penetración, queremos hacer constar; que lo mismo puede decirse de casi todos los elementos causales anteriores. Pero por ahora no me detengo en ello, pues será descrito detalladamente en la patogenia.

Para terminar la ya larga lista de causas de la afección que estamos tratando, faltan añadir aquellas infecciones generales, como la disentería, fiebre tifoidea, enterocolitis, infección puru-

lenta y otras, que pueden provocarlos, ya por propagación de la infección sin solución de continuidad ya por ser causa de una perforación en los órganos huecos del tubo digestivo ó indirectamente por lesionar órganos, que á su vez son causa de las colecciones sub-frénicas (coletistitis en la fiebre tifoidea) (abscesos hepáticos en la disentería) .

Para reunir de una manera esquemática la frecuencia relativa de las distintas afecciones que son causa de los abscesos sub-frénicos, citaremos las siguientes estadísticas, y haciendo constar como dice Vanlair (1) "que se presentan no solamente en el adulto sino en el niño" terminaremos este capítulo de etiología.

---

(1) Vanlair. loco citato.

Estadística de Nowack (1) Estadística de Lang (2) Estadística de Martinet (3)

80 casos

163 casos

130 casos

35 afecciones estomacales (úlceras 32, cánceres 3)  
11 afecciones hepáticas (quistes hidatíricos 8, litiasis 3)  
8 tiflitis y apendicitis  
5 traumatismos  
3 afecciones esplénicas  
3 idem órganos genitales de la mujer.  
3 afecciones renales  
2 idem torácicas  
10 causas desconocidas

54 afecciones estomacales (estómago 40 duodeno 14)  
26 afecciones hepáticas (quistes hidatídicos 9, litiasis 17)  
26 tiflitis y apendicitis.  
6 afecciones esplénicas  
4 idem órganos genitales de la mujer.  
3 afecciones renales  
3 idem torácicas  
35 causas desconocidas.

55 afecciones estomacales (úlceras)  
17 afecciones hepáticas (quiste hidatídicos 9, litiasis 5 diversas 3)  
8 tiflitis y apendicitis.  
6 afecciones esplénicas.  
4 afecciones renales  
1 idem torácicas  
20 de causas desconocidas.  
8 pos-disentéricas  
7 causas diversas (forúnculos, actinomicosis, tuberculosis peritoneal, paludismo)  
3 pancreat. supuradas

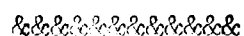
(1) Nowack. Schmidt's Jahrbucher N°. 10 y 11 - (2) Lang. Loco citato.  
(3) Martinet. Des varietes d'anatomiques d'absces sous-phrenicus París 1898.

-35-

Además de las anteriores estadísticas hay que añadir la de Maydl (179 casos) y la de Koerte (60), publicadas con anterioridad y que formen un total unidas á las anteriores de 612 casos. La última estadística publicada es la de Martinet, por tanto, que es de presumir que en estos nueve años últimos haya aumentado la cifra. También hay que tener en cuenta, que aunque se diagnostiquen, no todos los casos se publican.

~~~~~

PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLÒGICA



En este capítulo estudiaremos A) las distintas localizaciones sub-frénicas. B) Limitación y formación de los abscesos con las vías y trayectos que sigue la infección. C) Contenido, y D) Evolución de los mismos.

A) Localizaciones sub-frénicas La bóveda diafragmática por arriba, los órganos abdominales que ella cubren por abajo, y los repliegues peritoneales que unen y sirven de sostén á unas partes con otras; es el lugar escénico de los abscesos sub-frénicos (véase fig. 1^a.)

Los repliegues peritoneales, al formar los ligamentos ,

-37-

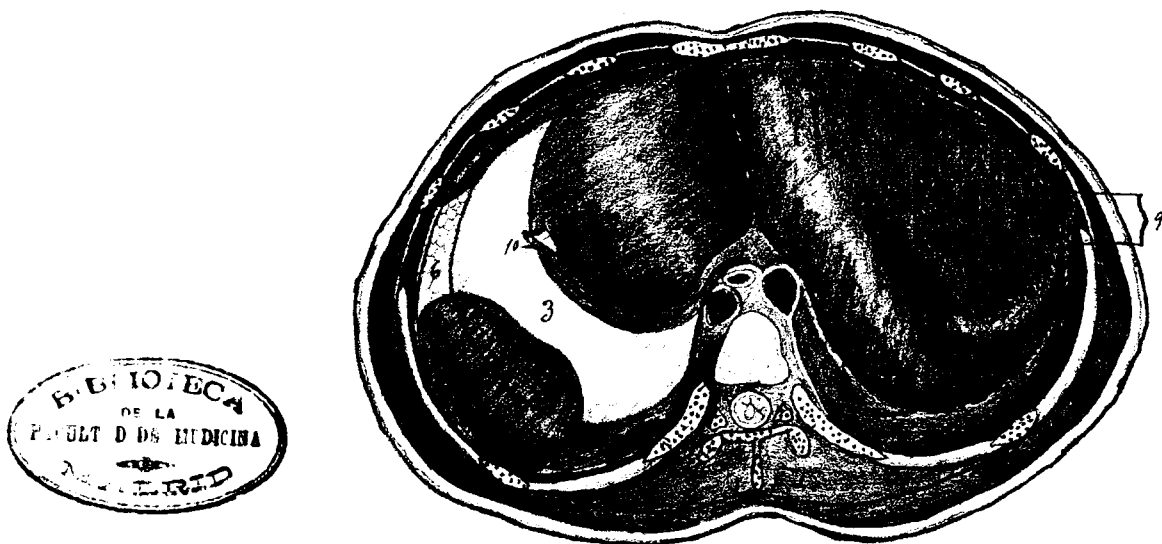


Figura 1^a.

Corte horizontal del tronco practicado al nivel de la 12^a. vértebra dorsal permitiendo ver la situación de los órganos que cubre el diafragma (Testut)

1 Lóbulo derecho del hígado. 2 id. id. izdo.. 3 tuberosidad mayor del estómago. 4 bazo. 5 cápsula supra-renal izda. 6 paquete adiposo dependiente del epiplo gastro-cólico. 7 Ligamento coronario. 8 id. suspensorio. 9 id. triangular derecho. 10 id. id. izdo.

dividen á este lugar en varios locales incompletamente cerrados. De estas localizaciones fundadas en razones anatómicas (con significación patogénica y diagnóstica como ya veremos) describiremos siguiendo las clasificaciones hechas por Deschamps, Martinet y Carnot seis localizaciones; pero aunque todos los autores arriba mencionados, han hecho muy parecidas clasificaciones, me parecen más apropiadas en muchas de ellas las denominaciones dadas por Carnot, y son las que adoptaremos principalmente. De estas localizaciones, tres son sub-frénicas propiamente dichas; dos sub-hepáticas, pero tienen importancia en este sitio, por servir algunas veces como de intermediarias al comunicar con las primeras; y la otra, retro-peritoneal. Las tres sub-frénicas propiamente dichas, son: freno-hepática-derecha, limitada arriba por el diafragma, abajo por el

lóbulo derecho del hígado, á la derecha por el ligamento triangular, á la izquierda por el falciforme ó suspensor del hígado, y detrás, por el coronario; freno-hepática-izquierda, limitada á la derecha por el ligamento suspensor á la izquierda por el diafragma y tuberosidad mayor del estómago, arriba por el diafragma, abajo por el lóbulo izquierdo del hígado y detrás por el ligamento coronario; y freno-gástrica-esplénica situada entre el diafragma que la limita por arriba, y la tuberosidad mayor del estómago y polo superior del bazo por abajo; y aún esta es susceptible de dividirse en dos, frenogástrica y frenoesplénica.

Las dos localizaciones sub-hepáticas y que conviene también describir aquí, son las gastro-hepática-anterior y la gastro-hepática-posterior; separadas la una de la otra por el ligamento

gastro-hepático. La primera, contigua á la vesícula biliar, y ciego y cara anterior del estómago y limitada por arriba por la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, puede además de desarrollarse en este sitio un absceso dar lugar á otro en la cara superior del hígado (observación VII). Y la segunda, ó sea la gastro-hepática posterior ocupa la tras-cavidad de los epiplones y está en comunicación más inmediata con la freno-gástrica-esplénica.

Y por último, las denominadas por Martinet retro-peritoneales sub-frénicas son las que se encuentran situadas en la parte superior del borde del hígado que está por detrás del repliegue peritoneal que forma la hoja superior del ligamento coronario, y encima, del tejido perinefrítico, peripancreático y retro-cólico

- 41 -

B) Limitación y formación de los abscesos sub-frénicos con las vías y trayectos que sigue la infección.

Los abscesos sub-frénicos no son en último término otra cosa, como ya he dicho que peritonitis enquistada. Dos condiciones principalmente, se reúnen aquí, para favorecer el enquistamiento; una es, la existencia de las localizaciones descritas anteriormente, pues aunque están incompletamente cerradas por los distintos epiplones y ligamentos (falciforme, coronario, triangulares) sirven de base, para el ulterior enquistamiento que se realiza merced á la organización rápida del exudado fibrinoso formando neomembranas, ó sea, la peritonitis adhesiva. La otra es la poca movilidad de los órganos que cubre la bóveda diafragnática. Y quizás influya

también el periodo de peritonitis difusa que antecede con frecuencia á la local, que al distender los órganos por el meteorismo que le acompaña, haga más íntimos sus contactos.

Aparte de las razones expuestas, Potain, admite otras puramente mecánica para explicar la localización sub-frénica de los abscesos "el hígado, dice, que es un órgano muy pesado; es la víscera más pesada del abdomen; él tiene una tendencia á bajarse, á empujar el cojín movil que le forman las asas intestinales. Por consiguiente, los líquidos y los gases que son derramados en la cavidad peritoneal, son rechazados hacia el espacio limitado por la cara superior del hígado y la inferior del diafragma y allí se acumulan, favoreciéndolo el decúbito dorsal que generalmente adopta el

- 43 -

enfermo".

Lo que acabamos de decir nos sugiere una pregunta. No podrá influir también que debido á la pesadez del hígado acompañe este órgano con alguna mayor dificultad al diafragma en sus excursiones, y por tanto, en la fase expiratoria cuando la cúpula diafragmática se eleva se establezca una especie de aspiración en el lugar **subfrénico**? Creemos muy verosímil que la contestación sea afirmativa.

Es condición precisa para que el enquistamiento se verifique, que la agresión sufrida por el peritoneo no sea tumultuosa, rápida; pues en estas condiciones lo más probable es que venga la peritonitis general. Pero si la penetración de los materiales septicos en la superficie peritoneal, es lenta ó poco virulentos, y ma-

- 44 -

yormente, si el sitio donde son evacuados reúne condiciones favorables como ocurre en las localizaciones subfrénicas, con frecuencia darán lugar á las peritonitis enquistadas, suceso muy favorable para el enfermo.

Ahora estudiaremos el mecanismo que desarrolla cada una de las causas enumeradas en la etiología, hasta constituir la localización sub-frénica y para ser metódicos seguiremos el mismo orden de exposición empleado allí.

Traumatismos. Un traumatismo recibido en un hipocondrio ó en la región epigástrica, puede ocasionar una reacción inflamatoria en el peritoneo que recubre las localizaciones sub-frénicas, y esta peritonitis dar lugar á un exudado que si encuentra condiciones favorables, ó sea, que lleguen hasta allí los agentes pióge-

- 45 -

nos, se convierta en purulento. Esto es lo que sucedió en un caso de Fink en que un niño que padecía de periostitis de la tibia, sufrió un traumatismo en la región hepática y dió origen á un absceso sub-frénico consecutivo. Otras veces lo que ocasiona el traumatismo es la contusión de un órgano abdominal y este origina el absceso. (Observación VIII.) ó la fisura ó roptura de uno de ellos lo cual dá lugar al desarrollo ya de un absceso hemático ó ya de un verdadero absceso por perforación gastro-intestinal que después describirémos.

Es curiosa la patogenia de un caso de Múy citado por Charcot y Bouchard en su tratado de Medicina (1) que creemos conveniente citar aquí. Se trataba de un individuo que tuvo hacía 20

(1) Edición española Pag. 797.

- 46 -

años una perihepatitis seca, recibió un traumatismo en el hipocondrio derecho, merced al cual se rompieron algunos capilares de los formados en el espesor de las falsas membranas y se formó en pleno hipocondrio un quiste que contenía dos litros y medio de líquido serosanguíneo y negruzco.

No es necesario que el traumatismo sea violento, Deschamps

(1) Cita el caso de Mounnemaïsson por apoyarse el enfermo, ordinariamente, la tabla del trabajo sobre el lado derecho.

Pero aunque Foix (2) considera estos orígenes como frecuentes, la verdad es que se citan muy pocos casos de éstos.

(1) Deschamps loco citato pag. 20

(2) Foix Peritonites circonscrites de la parte superieur de l'abdomen Th. París 1874.

-47-

Perforaciones gástricas y duodenales.

Estas perforaciones, sobre todo las primeras, es el origen más frecuente de los abscesos sub-frénicos. Veamos como llegan á producirlos.

Cuando la ulceración marcha lentamente y dá tiempo merced á la inflamación á que se forman membranas protectrices, al llegar el momento de la perforación, los materiales sépticos encuentran obstáculo para su libre derrame en la cavidad peritoneal y pueden ser conducidos á una de las localizaciones sub-fránicas antes descritas; donde quedan enquistadas formando el absceso.

Según el sitio donde se verifique la perforación, tendrá predilección de formarse el absceso en una localización distinta(1)

(1) Martinet loco citato pag. 17 y siguientes.

- 48 -

las perforaciones del píloro y duodeno veremos que con predilección dan origen á los abscesos situados en la localización freno-hepática-derecha (observación IX y X) ; las de la cara anterior, en la freno-hepática-izquierda (observación XI) ó en la freno-gástrica (observación XII); las contiguas alcardias ó las situadas en la cara posterior de la tuberosidad mayor del estómago en la freno-gástrica-esplénica (observación XIII). Razones anatómicas muy fáciles de comprender son las que dan motivo á esta predilección.

Las localizaciones gastro-hepática-anterior y posterior ya son más complejas en su evolución. Las perforaciones de la pequeña curvatura del estómago se evacuan en la freno-hepática-anterior y de aquí remontando el borde anterior del hígado pueden pa-

- 49 -

sar á una de las localizaciones freno-hepáticas.

Otras veces se establecen dos abscesos uno epigástrico que está por delante del epiplongastro-hepático y otro sub-frénico (observación XIV.)

En estos casos en que ha habido perforación, no cabe duda de donde parten los agentes infecciosos; las úlceras al perforarse dejan pasar parte del contenido gastru ó intestinal á través de ellas, y estos materiales al evacuarse, si llegan á una localización sub-frénica; son el punto de partida del absceso.

Pero una de las condiciones que se requiere para que se realice el enquistamiento es que este paso no sea tumultuoso y las razones por las cuales queda impedida ó dificultada esta evacuación es debida según Ball (1) unas veces al pequeño calibre, de la aber-

(1) Ball. de la perforation de l'estomac au cours des ulceres latents aumeconnus Pa. XIV. 1904.

tura, otras veces á la vacuidad del estómago, ó también, por tapo-
namiento de la hoja epiploica, ó por la rápida formación de falsas
membranas que forman á modo de cubierta á la perforación.

Es muy interesante el mecanismo expuesto por Mr. Guinard
en una comunicación al congreso de cirugía de 1989 acerca de un ca-
so de pneumotosis peritoneal con ulterior derrame líquido, que por
tener interés para el asunto de que tratamos, no queremos dejar
de relatar. Veamos lo que dice Mr. Guinard "se encontró sobre la
cara anterior del estómago una perforación de bordes callosos. El
lóbulo izquierdo del hígado adherido al nivel de esta úlcera forman-
do como una válvula delante de la perforación. Esta especie de
tapadera impedía que del estómago salieran líquidos. Los gases
derramados entre el hígado y el diafragma empujaban al primero so-

bre la perforación gástrica. Al ser operado y evacuar el gas, permitió al tapón hepático elevarse; los líquidos estomacales alcanzaron entonces la cavidad peritoneal y el enfermo murió de septicemia sub-aguda."

Generalmente existe una sólo perforación, pero la existencia de una ó más úlceras perforadas no es una excepción (20 % Pel (1) en las crónicas; 9 % en las latentes (2) y 16'4 % en las duodenales según Collin (3)) y cuando las perforaciones están situadas en distintos sitios pueden dar origen á distintas localizaciones (observación XV)

(1) Ebstein. Loco citato tomo II pag. 642.

(2) Ball Loco citato Pag. XIV.

(3) Boas Loco citato Tomo II Pag. 447.

No es extríctamente necesario que ocurra la perforación para que los abscesos sub-frénicos debidos á este origen se desarrollen. Pueden ser debidos simplemente á una inflamación de la mucosa gástrica ó intestinal (observaciones XVI y XVII) ó á una ulceración sin que llegue á perforarse (observación XVIII)

En estos casos es innegable la influencia de la vía linfática y de contiguidad, como medio para propagar la infección.

La perforación algunas veces se cicatriza rápidamente, pero no tan pronto, que no haya dejado pasar materiales sépticos, punto de partida del absceso. Y entonces tenemos, perforación, absceso, cicatrización de la perforación y el absceso sigue su evolución; y no es raro ver, si ha lugar á la autopsia, perforaciones gástricas ó intestinales cicatrizadas (observación II).

Apendicitis y peritífritis . Parecerá algo extraño que las afecciones del apéndice lleguen á ocasionar abscesos sub-frénicos, pero como vamos á ver, tienen su patogenia perfectamente explicada. Las razones anatómicas en que se fundan son; la situación y dirección del apéndice cecal y las relaciones del colon ascendente. Cuando la dirección del apéndice pertenece á la variedad ascendente (fig. II) según Testut (1) "se aplica á la cara posterior del ciego y del cólon, puede de éste modo remontarse hasta el riñón y aún hasta el hígado" y respecto á las relaciones del cólon el mismo autor (2) dice "por detrás, el colón ascendente correspon-

(1) Testut Tratado de anatomía humana tomo IV. Pag. 232.

(2) Idem idem pag. 243.

- 84 -

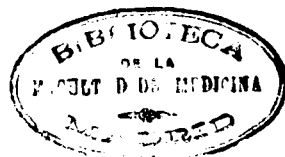


Figura 2ª.

Variedad ascendente del apéndice cecal (Testut)

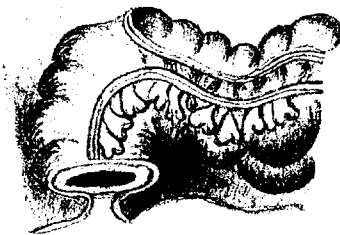


Figura 3ª.

Angulo formado por el colón ascendente y el transverso. Mesocolon ascendente despegado.

de al músculo cuadrado de los lomos y luego á la cara anterior del riñón derecho. Está unido á estos órganos por el mesocolon ascendente cuando este existe. Pero cuando falta este repliegue descansa directamente sobre ello y les está unido por una capa de tejido celular laxo"; y al hablar, un poco más adelante, de la cubierta peritoneal de este órgano, agrega; "la porción peritoneal que tapiza la pared lateral del abdomen, cuando alcanza el cólon ascendente, se eleva sobre éste órgano y tapiza sucesivamente su cara externa, su cara anterior y su cara interna; luego se desvía hacia adentro para colocarse de nuevo sobre la pared abdominal" (fig. III). La cara posterior del cólon, respetada como se vé por el peritoneo, descansa directamente sobre los órganos subyacentes, esta es la po-

sición ordinaria, en los demás casos, el peritoneo se junta por detrás del cólon y forma el mesocolo ascendente. Y si recordamos que el ángulo que forma el cólon ascendente con el transversal, está muchas veces en contacto con la cara inferior del hígado en su borde posterior, tendremos suficientes datos para explicar el mecanismo de propagación.

El absceso sub-frénico de origen apendicular, que está situado según Martinet siempre en la localización retroepiploica (observación XIX) (aunque veremos que no siempre sucederá esto); puede ser debido á un absceso apendicular ó periapendicular de sitio anormal, ó sea cuando el apéndice llega tan alto que casi está en contacto del borde posterior del hígado; entonces poco trecho tie-

ne que recorrer para que bordeando el borde posterior del hígado se encuentren en plena localización retro-epiploica derecha; y si el absceso es de tal magnitud, que llega á fundir el ligamento coronario, alcanzará la localización frenohepática derecha. Otras veces el camino es más largo y la supuración tiene que ir ascendiendo por el tejido celular retro-cólico para llegar por el mismo punto, al lugar sub-frénico.

Pero en ocasiones, puede transpasar al ángulo del cólon ascendente y seguir por el transversal (1) y entonces, el sitio de la localización sería también la freno-hepática-derecha-pero entrando la supuración por la parte anterior.

(1) Dieulafoy. Manual de patología interna Tomo II Pag. 201

Esta propagación por contigüidad, de tramo en tramo; se realiza unas veces. Pero otras es sólo la vía linfática la que interviene para propagar la infección. (1) y cuando esto ocurra se encontrará, una absceso periapendicular (que puede estar curado ó nó) y otro sub-frénico sin comunicar el uno con el otro (observación XX). Cuando existe el tejido celular retrocólico es un buen medio para la propagación; pero cuando no existe, por haberse formado el meso-cólon ascendente; el meteorismo al aumentar el diámetro del cólon ascendente, despegará las dos hojas peritoneales de que está formado aquél, dando lugar á la formación del espacio retrocólico que en este caso podrá llamarse accidental.

(1) Este medio de propagación está perfectamente probado por Dieulofoy al hablar del apendicitis y fundándose principalmente en los hechos experimentales de Klecki.

En los casos de abscesos sub-frénicos de origen apendicular, interviene más que nunca, en su producción, el decúbito dorsal del enfermo.

Perforaciones del colon transverso. Como estas son debidas principalmente á infecciones generales nos ocuparemos al hablar de estas últimas.

Afecciones hepáticas. Gély en su tesis (1) asigna una proporción del 10 % á los abscesos sub-frénicos debidos á este origen. Como se comprende facilmente, estarán situados la mayor parte de las veces á la derecha del ligamento falciforme (observación XXI) pero también pueden estar situadas á su izquierda cuando el origen esté en el lóbulo izquierdo.

(1) Gély des abcès sous-phreniques d'origine biliaire. París 1906.

-60-

Todas las enfermedades de las vías biliares que comenzando por la infección de éstas vías, acaban produciendo la supuración de las mismas, pueden dar origen á los abscesos sub-frénicos.

Muy interesantes y bonitos son los estudios hechos para explicar la infección de las vías biliares; la influencia que tiene la flora microbiana del tubo digestivo y el mismo microbismo latente de las vías biliares. Pero como todo ello no interviene nada más que indirectamente en la producción de los abscesos-sub-frénicos, no nos ocuparemos de ello.

Sea cualesquiera, el origen de la angiocolitis y colecistitis, lo que nos interesa ahora es el modo como dan origen á los abscesos sub-frénicos; esto puede ser de dos maneras (1):Primera

(1) Gely Loco citato Pag. 55.

una perforación de la vesicular biliar ó de los canales biliares extra-hépáticos; y segunda un transporte de la infección por contigüidad de tejido ó por vía linfática. En el primer caso, presupone la formación de adherencias que completen la localización sub-frénica, si bien se puede suponer que la perforación sea tan pequeña ó el derrame tan lento, que las primeras materias evacuadas sean la causa de la formación de neomembranas. En el segundo, cuando el transporte de la infección es por contigüidad de tejido, las adherencias se forman al mismo tiempo que va corriéndose la inflamación de tramo en tramo y quedan vestigios de esta excursión; y si se realiza la infección por vía linfática, los vestigios macroscópicos no son tan aparentes hasta llegar á la localización

sub-frénica sitio donde se desarrolla el absceso.

La localización gastro-hepática-anterior (gastro-sub-hé-pática de Dieulafoy) que como sabemos está contigua á la vesícula biliar y duodeno; adquiere aquí gran transcendencia. Es la primera invadida en las pericolecistitis y colecistitis supuradas, y comunicando como comunica, con las localizaciones sub-frénicas, sirve de puente para localizar en estas últimas las supuraciones primitivas de la vegiga de la hiel (observación XXII). Otras veces se establecen dos localizaciones, una sub-héptica primitiva y otra secundaria sub-frénica (observación XXIII)

También puede ocurrir que la supuración se dirija hacia la parte posterior y llegue al local sub-frénico perforando el liga-

mento coronario.

Los abscesos y quistes hidatídicos, cuando se abren en la cara superior del hígado dan también lugar á los abscesos subfrénicos. Estos casos tienen patogenia tan clara que no necesitan explicación, únicamente repetimos una vez más, que la evacuación no tiene que ser tumultuosa y han de formarse adherencias.

No son sólo los abscesos grandes de la cara superior del hígado los que lo originan, sino los miliarees múltiples en el espesor de dicho órgano también (observación XXIV.)

Bazo. Sabido es que éste órgano está por arriba y hacia afuera en relación con el diafragma y por delante con la cara posterior del estómago; que descansa por su extremidad inferior sobre el ligamento freno-cólico izquierdo, y que le une al estómago; el

-64-

epiplon gastro-explénico, y al pancreas el pancreático-explénico .

Tenemos pues á esta glándula de secreción interna, en contacto del diafragma por una parte y recubierta de ligamentos y epiploones por la mayor parte de las restantes. Cuando se desarrolla en ella una supuración, sea debido á la causa que fuere, ya por una lesión del órgano, ya por invasión de supuraciones de órganos vecinos y ya por embolias sanguíneas que transportan los gérmenes infecciosos (fiebre tifoidea, paludismo &,) en una palabra se trata de una explenitis supurada; la colección purulenta puede abrirse camino ó evacuarse en la localización freno-gastro-explénica y formarse allí un absceso. Y puede también suceder, que sin haber so-

lución de continuidad, una peri-esplenitis de origen al absceso (observación XXV.)

Se comprueba la tendencia de situarse en la parte superior, aún las destrucciones y abscesos de la parte inferior del bazo, en la observación XXVI; y esto debe ser debido á la resistencia que pone el ligamento freno-cólico-izquierdo.

Páncreas y perinefritis. Las pancreatitis, patología tan interesante y tan inesplorada; al complicarse y extenderse según Carnot (1) pueden dirigirse "hacia adelante: (peritonitis purulenta más ó menos generalizada, á veces enquistada en la tras-cavidad de los epiplones) hacia atrás, y dirigirse al riñón (perinefritis; ó descender hasta la pelvis". En los dos primeros casos puede rea-

(1) Brouardel y Gilbert. Treté de Med. y Terp. T. V. Pag. 22.

lizarse el absceso sub-frénico en el primero por la fácil comunicación que ya sabe que tiene la tras-cavidad de los epiplones con las localizaciones superiores frénicas izquierdas; y en el segundo ocupando la localización retro-epiploica.

El riñón y tejido perinefrítico recubierto también por delante, como el pancreas, por el peritoneo; tiene muchos puntos de contacto con lo que acabamos de decir. Según Tuffier (1) las perinefritis supuradas de evolución ascendente terminan por la abertura en los pulmones y los bronquios el 24 % de las veces. En estos casos, la razón es obvia, de que antecederá un absceso sub-frénico en la localización retro-epiploica, de más ó menos consideración.

Organos torácicos. De éstos casos se citan muy pocos en

(1) Brouardel y Gilbert. Loco citato. Pag. 662.

las estadísticas (véase pag. 34).

Para Vanlair (1) es siempre una pleuresía purulenta la que produce los abscesos sub-frénicos de origen torácicos.

Y puede propagarse bien fundiendo el diafragma y entonces las dos serosas (pleural y peritoneal) se ponen en contacto y se perforan, ó si esta perforación no se puede comprobar, no resta nada más que la vía linfática para explicar la propagación. Pero así como la inflamación pleural es cosa frecuente en las peritonitis, no sucede lo mismo en la inversa; y quizás esto nos explique los pocos casos de abscesos subfrénicos de origen torácico.

Localización de una infección general. Las enfermedades

(1) Vanlair Loco citato. Pag. 562.

gastro-intestinales son el punto de partida de los abscesos sub-frénicos; Primero, por una úlcera de la mucosa intestinal perforada ó no; Segundo por una simple inflamación localizada en un punto de su tramo; y tercero indirectamente, por lesionar otros órganos, como el hígado ó el bazo que con la causa á su vez del absceso. El primer caso puede ocurrir, y se registran casos, en la disentería (observaciones XXVII y XXVIII) y otras veces en la tifoidea (observaciones XXIX y XXXI.). En el segundo ó sea, cuando sólo interviene la inflamación está perfectamente demostrada por Vanlair en un caso de enterocolitis (observación XVII),

Y en el último caso, servirá de ejemplo, las coleoscistitis en la fiebre tifoidea (Observación XXXI) y los abscesos hepáticos

en la disentería.

Tampoco debemos olvidar la tuberculosis que es su causa en la observación XXXII

Algunos hechos raros se citan como el ocasionado por una ovaritis (observación VI) y el caso, de que la única causa que se encontró originaria del absceso sub-frénico, era la forunculosis que padecía el enfermo; pero estos son rarezas .

Lo que sí afirmamos es que las causas desconocidas que figuran en algunas estadísticas, cada día irán disminuyendo á medida que vayan estudiándose mejor los orígenes de los abscesos que estamos tratando. Así lo deja entrever Mondé en las pancreatitis (1) y Lejars (2).

(1) Mondé Loco citato.

(2) Lejars Loco citato.

- 70 -

Y para terminar vamos á intentar á hacer una división etiológica y patogénica, que á nuestro juicio, encierra de una manera sinóptica todos cuantos elementos las integran.

Abscesos sub-frénicos	{	de origen traumático	
	{	por perforación	{ Organos vecinos { Torácicos Abdominales
	{		{ Organos lejanos (abdominales)
	{	por vía conjuntivo-linfática	{ Organos vecinos { torácicos abdominales
	{		{ Organos lejanos { abdominales Pelvianos
	{	Localización de una infección general	

-71-

C) Contenido de los abscesos.

El volúmen del absceso tiene límites muy vastos unas veces es pequeño, otras llega á alcanzar gran tamaño.

Su contenido, á base de la purulencia puede ser variable, unas veces encontramos bilis, otras barro esplénico, en los de origen pancreático jugo de esta glándula, restos del quimo alimenticio será difícil encontrarles como no sea que hayan pasado muy recientemente, pues los gérmenes piógenos los destruirán pronto, y hasta podrán encontrarse substancias fecales debidos á movimientos antiperistálticos del intestino, en los originados por perforaciones intestinales.

En un primer periodo y que corresponde á la formación de falsas membranas, puede estar compuesto de exudado seroso; pero

- 72 -

bien pronto se hace purulento (1).

Además en el absceso encontramos con mucha frecuencia gases fétidos, y con ello llegamos á un punto muy interesante de su patogenia.

La existencia de gases en la cavidad sub-frénica fué lo primero que llamó la atención, y á estos abscesos puro gaseosos fueron á los que dedicó sus estudios Leyden llamándoles píneumotorax sub-frénico y Cossy falsopneumotorax.

Por consiguiente; dividiremos los abscesos sub-frénicos en simples, ó sea, que no contienen gases; y puro-gaseosos. Pero como la palabra absceso ya indica purulencia, adoptaremos solamente la adjetivación de gaseosos, generalmente empleada. Describiremos pues el absceso simple y el absceso gaseoso.

(1) Gely Loco citato. Pag. 62.

Absceso simple. Straus ha demostrado que la causa, sine qua non, de la presencia del pus son los microorganismos. Las sustancias llamadas irritantes son flogogenas y no piógenas.

El agente microbiano llega á la localización sub-frénica de los distintos modos y maneras que antes hemos estudiado, y una vez allí, empieza la proliferación microbiana. Es claro, que los microbios necesitan substancia de que alimentarse, pero esta la encuentran en el exudado que se desarrolla por la reacción inflamatoria, pues merced á la enérgica acción quimio-táxita positiva de los agentes piógenos, empiezan á salir por diapedesis gran número de leucocitos; en una palabra, se forma el pus. Cuando los agentes microbianos son arrastrados por materiales orgánicos á través de la perforación de un órgano, estos materiales le servirán

- 74 -

también de substancia nutritiva y la proliferación será más activa. Pero lo que causa extrañeza es que sabiendo las propiedades necrosantes de las supuraciones queden indemnes muchas veces los órganos que limitan el absceso. Esto indudablemente es debido á las neomembranas que se forman y los recubren protegiéndolos de este modo á manera de membrana piogénica.

No siempre sucede esto, y como veremos más adelante, unas veces interesa el diafragma y le perfora; otras el hígado; ó las dos cosas á la vez como ocurrió en el caso del Doctor Codina.

Tenemos pues formado el pus y limitado por adherencias y neomembranas.

Los agentes originarios de esta supuración sub-frénica

son principalmente el colibacilo, que cada día se vé es menos inofensivo. Martinet (1) lo ha encontrado en todas sus observaciones y dice que cuando se puede hacer constar su presencia, por la punción en la vómica, es un signo diagnóstico de gran valor. Otras veces se han encontrado el streptococcus, streptococcus, bacilo pyocyanicus; en fin todos los habitual ó accidentalmente piógenos. Si bien lo que se encuentra con más frecuencia es una asociación microbiana y con ello se exalta su virulencia.

Absceso gaseoso. Cuando el absceso es originario de una perforación del tubo digestivo, ó más rara vez del aparato respiratorio; la procedencia es clara, los gases que por fermentaciones normales ó anormales se desarrollan en el aparato digestivo, ó

(1) Martinet . Loco citato. Pag. 25.

- 46 -

una comunicación con un bronquio, es la causa de los gases ó aire que encontramos debajo del diafragma. Y algunas veces puede ocurrir que sea sólo gases lo que encontremos (véase pag.)

Pero cuando estas condiciones no se cumplen, se suscita una cuestión muy interesante, que ha dado lugar á algunas controversias . Dé donde ha llegado el gas allí desarrollado? Puede desenvolverse espontaneamente? A esta segunda pregunta se contesta hoy afirmativamente, y por tanto, queda contestada la primera

En realidad sucede así; Arloing en 1887 (1) en un absceso gaseoso de la órbita pudo aislar un bacilo gasógeno que tenía algún parecido con el vibrión séptico. Froenkel en cuatro casos de

(1) Arch. prov de Chir. Rajon 1°. Julio 1895

abscesos gaseosos pretende haber aislado una bacilo característico , que le denomina gasógeno y no piógeno, é inoculado en la cobaya dió resultados positivos.

El desarrollo espontáneo de gases en una pleuresía purulenta produciendo el pneumotorax idiopático está demostrado por Vidal y Nobécourt. (Bull . de la Soc. med. des hôpt. 3 Diciembre 1897) .

Chauffard (1) al hablar de la puoneumoperihepatitis dice "el gas es debido á uno de los órganos inmediatos que contienen aire ó á un proceso secundario de putrefacción.

A lo anteriormente dicho se puede agregar las concluyen-

(1) Charcot y Bouchart, Loco citato. Pag. 797.

tes observaciones de Gilbert, Lippman y Griffon en los quistes hidatídicos sonoros del hígado (1) de la producción de gases sin efracción de la membrana quística.

Con todos estos antecedentes se puede deducir lógicamente, de que si en estos casos pueden desarrollarse gases Porqué no tienen que hacerlo en la cavidad peritoneal?.

Además. Porqué no conceder que los bacilos que producen gases en el intestino no conservan sus propiedades fuera de él, encontrando como encuentran un terreno favorable anaerobio, en el lugar sub-frénico?.

Para terminar estas consideraciones generales acerca de

(1)

Enebuske. Contribution á l'etude clinique et bacteriologique des quistes hidatídiques sonores du foie. Tesis París 1906.

la producción de gases espontáneos repetiremos lo dicho por Veillon(1) "los microbios anaerobios se encuentran entre los principales agentes de toda una serie de afecciones de naturaleza gangrenosa ó pútrida en particular de aquellos que se originan en la vecindad de cavidades naturales del cuerpo humano aéreas ó digestivas" .

Tenemos pues, que el gas encerrado en un absceso sub-frénico puede proceder; de una perforación del tubo digestivo; de una comunicación con un bronquio; desarrollarse espontaneamente en el mismo foco sub-frénico en virtud de la proliferación de gérmenes habitual ó facultativamente anaerobios (observación XX^o XXII^o); y de un modo secundario por haber perforado el absceso en su evolución

(1) Les microbes en pathologie Congreso internacional de Medicina París 1900.

órganos que le contienen habitualmente (Observación XVII).

De todas estas causas originarias de la producción de gases la principal es la perforación del tubo digestivo, y á esta es debida la mayor parte de las veces. Vanlair (1) dice "en todos los casos, excepto raras excepciones, los abscesos producidos por rotura intestinal son también gaseosos desde el principio". A una de estas excepciones corresponde, sin duda, el caso que observamos en la clínica del Doctor Codina que siendo originado el absceso por una perforación del duodeno, sin embargo, no encerraba gases.

D) Evolución del absceso.

Si por medios quirúrgicos no es evacuado el absceso sub-

(1) Vanlair . Loco citato.

frénico, sigue su marcha creciente; pues las escasas curaciones espontáneas que se citan, además de tener esta condición, no han sido confirmadas ni por la operación, ni en la autopsia de que existieran abscesos de la naturaleza de que estamos tratando, y puede caber la duda. Pero en absoluto no se puede negar, pues existe. Lang reconoce que se curan sin operar el 12 %.

Al seguir su marcha creciente, llega un momento en que el absceso se abre paso en los órganos vecinos. La comunicación más frecuente es la perforación del diafragma y entrando en la cavidad pleural desarrollar en estas un empiema, ó un neumotorax, al interesar algún bronquio y dar lugar á la entrada de aire en la localización sub-frénica. En este último caso ó sea cuando se produce un pneumotorax, puede vaciarse la colección purulenta por una

*

vómica. Pero esto es muchas veces funesto por dar lugar á la más grave de las pneumonías, la pútrida.

En la estadística de Lang figura esta evolución 67 veces en 163 casos y en la de Martinet 33 veces en 138 casos (1).

En el caso del Doctor Codina ya hemos visto, en la autopsia, que el diafragma estaba perforado.

Otros de los órganos interesados en su evolución progresiva son: el estómago, duodeno ó colon transverso. Al abrirse y comunicar el absceso con estos órganos, puede dar lugar, á vómitos purulentos, y lo que es peor, á una septicemia secundaria de origen intestinal.

En algunos casos raros la perforación del diafragma se produce al nivel del pericardio (tres casos en 163 de Lang).

(1) Martinet. Loco citato Pag. 29.-

El hígado, que como sabemos forma la mayor parte de las veces, el límite inferior del absceso, queda casi siempre sano; la barrera que le opone la membrana piogénica, es lo suficientemente resistente para defender al hígado. Pero otras veces, la capsula de Glisson se engruesa, se inflama y hasta se ulcera (Chauffard) (1). Entonces es cuando se interesa el hígado y se forman colecciones purulentas en comunicación con la sub-frénica, estando el resto del hígado sano.

Un buen ejemplo de ello es, el repetido caso del Doctor Codina, en que había no sólo uno, sino tres abscesos en pleno tejido hepático, en comunicación con el sub-frénico; estando el resto del órgano hepático sano, á excepción hecha, de las inmediacio-

(1) Charcot y Bouchart. Loco citato pag. 797.

- 84 -

nes de las colecciones intra-hépaticas. El aumento de su volúmen, era debido indudablemente á la reacción inflamatoria del órgano al sentirse agredido, pero no á una flecmasía primitiva de él.

La aparición de una fístula cutánea y evacuación del absceso por este sitio, entra dentro de las rarezas (Martinet, dos veces en 130 casos).

~~~~~

- 85 -

## D I A G N Ó S T I C O

&&&&&&&

Con tres elementos cuenta el clínico para fundamentar el diagnóstico, estos son; los datos que recoge por el interrogatorio, ó sean los síntomas subjetivos; los síntomas objetivos que obtiene mediante la explotación; y las analogías y diferencias con otras afecciones con las cuales tiene parecido la que se trata de averiguar, ó sea, el diagnóstico diferencial.

De éstos tres factores vamos á tratar sucesivamente y con ello dar por terminado nuestro trabajo, pues el tratamiento, exclusivamente quirúrgico ya hemos dicho que no es nuestro objeto.

A) Interrogatorio (Síntomas subjetivos)

Uno de los datos más preciosos que pueden sacarse del interrogatorio, son los antecedentes del enfermo. La mayor parte de las veces nos refiere que viene padeciendo desde tiempo há, de trastornos gástricos. Y bruscamente un día, desde el que parte su enfermedad actual, es acometido de un dolor lancinante, vivo (puñalada peritoneal de Dieulafoy) que se irradia en ocasiones á la región dorsal, hombros, miembros superiores, y hace caer al enfermo algunas veces, en un estado sincopal. En una palabra, el cuadro dramático de una perforación gástrica ó intestinal.

Cuando la existencia de la úlcera se conoce es fácil pensar en la perforación, pero otras veces, se trata de úlceras laten-



tes cuya primera manifestación es la perforación. Saváriand (1) en cuarenta y tres úlceras hemorrágicas de estómago, en ocho de ellas encontró ausencia completa de trastornos gástricos en sus antecedentes, y dice, "la latencia es el triste privilegio de las úlceras hemorrágicas y perforantes", Y respecto á las del duodeno, dice Boas (2) "la úlcera del duodeno es frecuente más frecuente aún, al parecer, que la del estómago, que siga su curso sin dar origen á ningún síntoma, pudiendo suceder muy bien que acabe con la vida del sujeto en medio de la salud más completa, al parecer, y por el hecho de producir una perforación hacia la cavidad abdominal".

---

(1) Saváriand. D'úlceras hemorrágiques de l'estomac y son traitement chirurgical . Tesis París 1899. Pag. 31.

(2) Boas Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del intestino edición española Pag. 47.

- 88 -

Pero es lógico pensar, que le será mas fácil la formación de adherencias á la úlcera de curso normal, que no á las latentes y que se desarrolla de una manera brusca. Pero como se registran casos (observación XXXIX) de abscesos sub-frénicos producidos por perforaciones sin antecedentes gástricos, es importante tener en cuenta ésto.

En el enfermo que ha servido para inspirarme esta memoria, una de las razones que daba el Doctor Codina para hacer el diagnóstico de absceso sub-frénico, eran los antecedentes gástricos dados por el enfermo y el principio brusco que llegó á producir un colapso, indicadores de una perforación.

Además de los antecedentes gástricos y principio brusco el

enfermo. tiene dolorido todo el abdomen; algunas veces ha tenido vómitos, otras faltan éstos, como suele ocurrir en las perforaciones de estómago (1) ; ordinariamente hay constipación, otras diarreas ó alternan las dos cosas. La respiración es superficial, acelerada y en las inspiraciones profundas, dolorosa, lo mismo que si hacemos toser al enfermo (pues ordinariamente no la tiene). El pulso frecuente, filiforme. Fiebre accesional, pero no altas pirexias..

Hipo.

Después de esta fase, que como se vé, es la de una peritonitis general, el enfermo mejora, los síntomas generales experimentan una remisión; en cambio el dolor se va localizando en el epigastrio ó en uno de los hipocondrios. Sucede todo lo contrario

---

(1) Boas. Loco citato. Pag. 89.

- 90 -

que ocurre cuando una peritonitis general termina fatalmente, en que los síntomas generales empeoran y el dolor casi desaparece.

Todos estos síntomas que se desarrollan en las dos fases transcritas, tienen fácil explicación. La primera de peritonitis general y local la segunda.

Cuando ocurre una perforación de los órganos huecos abdominales por pronto que se establezcan adherencias, siempre se interesa mas ó menos la cavidad peritoneal y da lugar á la fase de peritonitis general. La inflamación, en la serosa del peritoneo, ya es sabido que ocasiona la parálisis de los músculos que recubren y de aquí el estreñimiento; pero tambien es sabido que la misma inflamación interesando las mucosas, ocasiona todo lo contrario y por eso acusa el enfermo algunas veces diarrea en vez de la constipación que

es lo más frecuente. La dispnea, así como luego es debida á obstáculos mecánicos, en este periodo es una compensación puramente funcional que se establece, pues al no poder el enfermo hacer respiraciones amplias, por lo dolorosas, las suple en frecuencia.

Cuando la peritonitis se ha localizado merced á las adherencias formadas que completan la localización subfrénica, los síntomas generales mejoran de momento, pero el absceso ocasiona mayores trastornos locales; las compresiones é irritaciones del nervio frénico son mayores y de aquí la localización del dolor. Entonces es cuando la dispnea que observamos algunas veces, está influida por obstáculo mecánico que opone á las excursiones del diafragma el absceso colocado debajo de él. Al disminuir la in-

flamación de la serosa peritoneal y al ser reemplazada ésta, algunas veces, por la de la mucosa, se explica el cambio de la constipación por la diarrea.

La curva termométrica se convierte en irregular como indicadora de supuración.

Tos no existe como no haya una complicación que la produzca y por tanto la espectoración es nula.

El decúbito que adopta el enfermo por serle más cómodo es el supino. Sin embargo, Martinet dice (1) que es variable.

El estado general es grave, el enfermo se va demacrando y peligra su vida.

Como los abscesos sub-frénicos pueden partir de distin-

---

(1) Martinet. Loco citato. Pg. 35.

tos órganos, como ya hemos visto, será conveniente cuando sospechemos su existencia, y no sea evidente su causa, dirigir el interrogatorio sobre las otras afecciones que pueden ocasionarle (antecedentes hepáticos, apendicitis, fiebre tifoidea &.)

El principio brusco, con los caracteres que hemos descrito, es la regla. Según Rosain (1) "una invasión brusca precedida de trastornos gástricos anteriores, he ahí, lo que caracteriza esta enfermedad." Y esos trastornos gástricos no son sólo privativos de las enfermedades gastro-intestinales, Deschamps (2) en su tesis dice "los trastornos gástricos son la regla en la perihepatitis y pueden al mismo tiempo que el dolor preceder mucho tiem-

---

(1) Rosain Absces gaseaux sous-diafragmáticos. Tesis París 1897  
Pag. 31

(2) Deschamps. Loco citato. Pag. 136.

- 94 -

po á la aparición de la tumoración".

Pero esto que como decimos es la regla, no ocurre siempre y la aparición puede ser insidiosa, el absceso parece que sigue una marcha latente y esto suele ocurrir según Martinet en aquellas personas agotadas, caquéticas, afectas de tisis ó cancer (observación XXXIV).

#### C) Exploración (síntomas objetivos)

Un examen minucioso y detenido del enfermo, es lo único que nos puede poner en camino del diagnóstico de absceso sub-frénico. Este diagnóstico, siempre difícil; puede hacerse con las mayores probabilidades cuando se reúnen varios signos de los que vamos á describir. Y en ocasiones afortunadas, cuando se presentan con claridad casi no da lugar á duda.



- 95 -

Inspección. Cuando el absceso está situado en la parte anterior del lugar sub-frénico y en contacto por tanto, mas inmediato, con la cara posterior de la pared abdominal; á la simple inspección vemos, muy á menudo sobre todo en los abscesos gaseosos una prominencia epigástrica ó en uno de los hipocóndrios, en la observación XXXV observamos esto. Por el contrario, en la observación XVI que está situado el absceso mas posteriormente (localización freno-gástrico-esplénica) no existe prominencia sino casi todo lo contrario.

Cuando la prominencia existe, está bien limitada y se ha desarrollado con rapidéz, es un dato de gran valor.

Otras veces la tumefacción puede dar el aspecto del abdomen bilobado (observación XXXVII).

Aunque rara vez, la piel en este sitio puede estar edematosa y haber circulación colateral, como indicadores de compresiones internas.

Si el absceso está situado muy posterior y ejerce compresión en la vena cava inferior, puede ocasionar los edemas de los miembros inferiores que tan desarrollados los vemos en la observación XXXII.

La oblicuidad de las costillas disminuye según Gueneau de Musy al ser empujado el diafragma hacia arriba. Los espacios intercostales suelen estar borrados ó prominentes en el lado de la tumoración.

Los movimientos respiratorios disminuyen al nivel de las

- 97 -

últimas costillas y pared abdominal, esto es , la respiración es del tipo costal superior, y por tanto, se hace mas de notar en el hombre.

Sahli, en su excelente tratado de exploración clínica (1) dice al hablar del "signo del diafragma", y al describirlo tan perfectamente como él sabe, que según Litten; es de gran valor para distinguir los empiemas de la pleura de los abscesos sub-frénicos por presentarse en los segundos y desaparecer en los primeros. Pero esta opinión, que si se confirmase sería de gran valor, no está exenta de objeciones. Pues el diafragma sufre la parálisis ó entorpecimiento en sus excursiones según Ramadam (2) por inhibición

(1) Pag. 75.

(2) Rabadan. Tesis París 1891.-

dolorosa, Schenlen la asimila á la parálisis intestinal por infección del peritoneo y otros lo atribuyen simplemente al impedimento mecánico que produce el absceso. Sea de ello lo que fuere, el caso es, que los movimientos respiratorios están disminuidos en la base del torax y principalmente en el lado del absceso, con la condición de ser un músculo digástrico el diafragma. Siendo esto así, las excursiones del diafragma estarán dificultadas y por tanto difíciles de apreciar. Sin embargo, como el signo del diafragma no sólo es debido á sus excursiones, sino más bien, á la aspiración que ejerce este al descender en la inspiración, sobre los senos costales, y la depresión lineal que origina en la superficie cutánea es la que dá el fenómeno objetivo del "signo del diafragma"; Se comprende que éste signo, será más facil de desaparecer cuando el

seno costopleural esté borrado por un derrame ó una infiltración pulmonar, que cuando la dificultad estribe en un defecto de su excursión. De todos modos, aunque no fuera cierta la afirmación del Litten, bueno es tenerla en cuenta, pues el clínico al hacer el diagnóstico no se basa en un síntoma aislado sino en el cuadro nosológico.

Mensuración. Con ella aparte de confirmar algunas de las cosas que en la inspección que hemos visto, á veces acusa algunos centímetros más en el hemitorax afectado que en el sano. Pero esta deformación nunca podrá ser, en igualdad de circunstancias, tan manifiesta como en las pleuresías. Si nos fijamos bien en las condiciones mecánicas á que es debida la deformación, veremos que

- 100 -

en las pleuresías obran de dentro á fuera y en los abscesos sub-frénicos de abajo arriba . Aunque no sea muy concluyente, por no ser la colección sub-frénica muy voluminosa á esto podemos atribuir el que la prueba del cordón fuese negativa en el caso del Doctor Codina.

Palpación. La palpación del abdomen es muchas veces difícil por el dolor que despierta. Pero cuando se pone cuidado en buscarle, se encuentra siempre un punto en donde el dolor es más vivo y puede localizarse; este punto de máximo dolor servirá como de indicador, de la distinta localización en que esté situado el abceso.

Cuando la palpación puede llevarse á cabo y existe tumefacción es posible reconocer entonces sus caracteres, unas veces

es dura, otras pastosa y en ocasiones fluctuante, siempre dolorosa y situada en el epigastrio ó en uno de los hipocondrios. Otras veces únicamente se logra, encontrar una mayor resistencia dolorosa en el reborde costal de un lado.

El borde anterior del hígado se percibe liso y normal por debajo del reborde costal. Pero es conveniente recordar aquí, lo que dice Sahli (1) del movimiento de báscula que puede realizar el hígado sirviéndole de punto de apoyo el ligamento suspensorio del mismo. Un absceso situado en la cara convexa del lóbulo derecho, hará descender al hígado en aquella parte, pero en cambio, elevará el lóbulo izquierdo. Y viceversa, un absceso situado sobre el lóbulo izquierdo hará descender á este y elevará el derecho.

---

(1) Sahli. Loco citato. Pag. 214.

- 102 -

También es un dato nada despreciable, el hecho que observó el Doctor Pastor en su enfermo, al elevar el reborde inferior del hígado por movimiento de palanca realizado con los dedos, de despertar dolor. Este dolor puede ser simplemente exagerar el que ya existe ó provocarlo sino existía (cosa que no es frecuente).

Percusión. Practicando con cuidado este excelente medio de exploración es por demás fructífero para recoger datos en el diagnóstico de los abscesos sub-frénicos. Son distintos los resultados según se trate de abscesos simples ó gaseosos y según estén situados en el lado derecho ó izquierdo.

Absceso simple del lado derecho. Encontramos una zona de macidez que se continúa por abajo con el borde superior del hígado y se confunde con él y por arriba llega algunas veces hasta



- 103 -

bastante alta. (3° ó 4° espacio intercostal). Pero así como el límite inferior de esta zona maciza, no tiene nada de particular por confundirse con la del hígado, no sucede lo mismo con el límite superior, que es por demás característica y uno de los principales elementos de diagnóstico. Este límite superior de macidez además de ser generalmente bien limitado es convexo con la convexidad mirando hacia arriba, ó sea lo contrario que sucede en las pleuresías en que el límite superior de macidez es cóncavo con la concavidad mirando hacia arriba también (véase fig. 4, 5<sup>ta</sup> Pag. y fig. 6, 7<sup>ta</sup> pag.

).

Esta zona de macidez no varía aunque coloquemos al enfermo en distintas posiciones, solamente algunas veces puede bajar un po-

- 104 -

co al hacerle sentar como dice Pasturand.

El límite superior que hemos visto era tan característico, no puede verse con esa claridad, cuando existe la complicación de una pleuresía con derrame, cosa no rara por cierto. Pero no por ello deja de tener importancia, y tanto en el caso que presenciámos en la clínica del Doctor Codina, como en el que debo á la bondad del doctor Pastor, esta curva de Damoiseau á la inversa se marcaba con claridad.

Abscesos simples del lado izquierdo. Los mismos caracteres respecto al límite superior de macidez y de inamovilidad que en los anteriores. Pero el límite inferior varía, encontramos en estos casos una macidez anormal en el epigastrio y en el hipocondrio y hasta el espacio de Traube puede borrar-se simulando un enorme in-

farto esplénico.

Absceso gaseoso del lado derecho. Cuando es muy voluminoso llega á veces hasta hacer desaparecer la zona de macidez hepática (observación XXXVII); otras no llega á tanto y forma el límite inferior del absceso esta macidez. Desde el reborde costal inferior y á partir de la zona maciza cuando existe, se percibe un sonido timpático hasta mayor ó menor altura.

Los resultados de la percusión varían cuando hacemos sentar al enfermo, entonces parece una zona mate en el hipocondrio cuya zona de macidez aumenta al hacer tomar la posición genu-pectoral, esta se vé muy claramente en la observación XXXVII.

El límite superior lo forma el borde inferior del pulmón, cuya sonoridad normal se percibe cuando no hay complicación en las

pleuras, pero cuando en estas existe derramen, es, por demás curiosa las distintas sonoridades á la precusión; por encima de la zona timpánica, una de macidez que corresponde al derrame pleural y más arriba la sonoridad normal del pulmón, así lo vemos reunido en la observación XXXVIII.

Abscesos gaseosos del lado izquierdo. Las particularidades que ofrecen sobre los del lado contrario, son; en el límite superior, hemos de tener en cuenta la macidez cardiaca que de tanta utilidad es el limitarla como veremos en el diagnóstico diferencial; en el límite inferior, si existe suficiente cantidad de líquidos será facil encontrar una zona maciza, pero si no, será necesario para apreciarla el hacer tomar al enfermo las distintas actitudes que antes hemos dicho.

-107-

En realidad al límite inferior, cuando falta la zona maciza se presta á confusiones, por limitar la localización sub-frénica de este lado con órganos llenos de gases. Pero en lo que á la zona de Traube se refiere que es la principal causa de error, la sonda esofágica nos puede prestar excelentes servicios. Al introducirla en el estómago, si este está sobredistendido por gases, saldrán estos á través de aquella y el espacio de Traube se modificará; y todavía podemos hacer más, se puede utilizar el procedimiento empleado para confirmar los límites del estómago, ó sea la ingestión de cantidades repetidas de un líquido tibio. Todas estas manipulaciones llevarán el convencimiento á nuestro ánimo de si el estómago toma parte ó no en la producción del timpanismo.

Dislocación cardiaca . Es muy importante averiguar la macidez cardiaca, tanto superficial como profunda. En los abscesos sub-frénicos lo mismo los simples que los gaseosos, principalmente los del lado izquierdo, y sobre todo, cuando son bastante voluminosos, la macidez cardiaca la encontramos al percutir, por encima de su sitio normal, ensanchada en sentido transversal y aumentada el área superficial.

Véamos por qué se realizan estos fenómenos. Unido el corazón al centro frénico por el intermedio del pericardio; al ser empujado el diafragma por el absceso situado debajo de él, va venciendo poco á poco las resistencias del mediastino, dislocando el corazón hacia arriba y haciéndole tomar una posición más horizontal

(1) . El aumento de la macidez cardiaca en parte es debida á es-

---

(1) Sahli . Loco citato. Pag. 207. y siguientes.

- 109 -

ta mayor inclinación del corazón, en que la punta sube más que la base, y en parte, á la retracción concéntrica que frecuentemente experimentan los bordes pulmonares cuando la presión intra-abdominal aumenta y es empujado el diafragma hacia arriba. Y sabemos que en estos abscesos, de que estamos ocupándonos, se reúnen las mencionadas condiciones.

Esta dislocación del corazón tan característica tiene mucha importancia en el diagnóstico diferencial para distinguirlos de las pleuresías y pneumotorax, como ya veremos.

Auscultación. Los síntomas recogidos por este medio de exploración, son muy dados á error, pues hay que tener presente los que puedan dar las complicaciones, como la pleuresía, tan frecuente en los abscesos sub-frénicos.

- 110 -

Sin embargo, los abscesos subfrénicos, sobre todo los gaseosos son susceptibles de dar fenómenos estetoscópicos, que aunque disten de ser exclusivos de ellos, están bien definidos.

Para la descripción metódica describiremos también por separado los que pertenecen á los abscesos simples y á los gaseosos.

Absceso simple. Los síntomas estetoscópicos en la zona mate son; ausencia del murmullo Vesicular y de las vibraciones torácicas. En el límite superior, sin transacción ninguna, se escucha la respiración normal del pulmón, pero este límite suele bajar en las grandes inspiraciones. Esa falta de gradación entre una zona y otra, conviene no olvidarla para el diagnóstico con la pleuresía.

Cuando la cúpula diafragmática, llega á ejercer suficiente



compresión para atelectasiar los alvéolos pulmonares, y dejan permeable los bronquios, entonces se reunirán una de las condiciones que se necesita para producir un soplo tubario ó alguna de sus gradaciones, y en efecto esto es lo que algunas veces se percibe.

Absceso gaseoso. Este ya es más rico en signos estetoscópicos.. La percusión auscultatoria, dá como toda cavidad de alguna magnitud que esté llena de aire ó gases y sean sus paredes lisas, una resonancia metálica. Caracter metálico que toman todos los demás fenómenos que allí se perciben.

Cuando el cierre de la localización sub-frénica no sea completa y tenga una pequeña abertura, al percutir con fuerza podremos percibir el ruido de olla cascada.

-112-

A la simple auscultación y por resonancia, sin duda, tambien podemos percibir un soplo anfórico, en la zona timpánica.

En las colecciones puro-gaseosas al imprimir movimientos bruscos al enfermo, el conflicto que se establece entre los líquidos y gases darán una sensación especial de chapoteo y que se designa con el nombre de **sucusión hipocrática** este ruido de sucusión en la observación **XXXX** se llega á percibir aún en las grandes inspiraciones, sin necesidad de mover al enfermo.

Y todavia resta otro signo que poder descubrir; al incorporar bruscamente al enfermo, estando acostado. El líquido que impregna las superficies de la cavidad, por la acción de la gravedad cae á la parte inferior y da ocasión á que observemos lo que se llama **gutta cadens**.

- 113 -

Punción exploradora Este medio de exploración nos suministra datos muy precisos. Uno de ellos muy importante hasta el punto de considerarlo Chauffart (1) como patognomónico es el signo de Pfhul, que se funda en lo siguiente: sabido es, que los pulmones se encuentran dentro del torax (cuya capacidad es mayor al volúmen de aquellos) en cierto grado de distensión elástica. Al ampliarse la caja torácica en la fase inspiratoria y estar entorpecida la entrada del aire atmosférico por el cierre de la glotis, se distiendan los pulmones, merced á su fuerza elástica. En la cavidad pleurítica se traduce esto por una presión negativa, que según Donders asciende á 30 milímetros de mercurio. En la espiración

(1) Charcot y Bouchard. Loco citato Pag. 758.-

- 114 -

sucede todo lo contrario y la presión negativa que el mismo Donders observó en la cavidad de las pleuras es de seis milímetros de mercurio.

En cambio por debajo del diafragma, ó sea, en la región sub-frénica, ocurren fenómenos opuestos, merced á la contracción del diafragma, en la inspiración la presión abdominal aumenta y en la espiración disminuye.

Fundándose en esto Pfuhl, une la cánula de la función á un aparato manométrico y si la presión aumenta durante la inspiración y desciende en la espiración indica que el absceso está por debajo del diafragma, esto es, sub-frénico. Y todo lo contrario sucedería si se tratase de derrame pleurítico.

Jaffé simplificando el manual operatorio dice: que puede

-115-

sacarse la misma conclusión por las variaciones de rapidez y fuerza en la salida del líquido durante la punción. En los abscesos sub-frénicos saldría con más fuerte rapidez durante la inspiración .

Antes de verificar la aspiración, y todavía mejor utilizando una aguja más fina, se puede observar el signo de Fürbringer , que se reconoce por el siguiente ingenioso medio. Si la aguja introducida para la punción ha atravesado el diafragma y la extremidad interna de ella está debajo de aquél, seguirá los movimientos de éste y los comunicará en sentido inverso á la parte de aguja extratorácica, de aquí, que si vemos elevarse la parte libre de la aguja en la inspiración indicará que la otra mitad intra-torácica está debajo del diafragma.

Pero tanto el signo de Pfuhl como el de Fürbringer, no se

- 116 -

puede observar, como dice muy bien Chauffard (1) cuando se punciona demasiado tarde y el diafragma está paralizado. Por eso, para darles todo su valor debemos asegurarnos de que el diafragma funciona con regularidad en aquél lado ó por lo menos que no están abolidas en absoluto sus excursiones.

La punción exploradora todavía puede suministrarnos más elementos para el diagnóstico. Se introduce la cánula á la profundidad donde debía salir el líquido ó sea en la cavidad pleurítica, y sin embargo, no conseguimos ningun resultado; se profundiza más y entonces vemos que los resultados son positivos.

Pero cuando la primera punción intra-pleural dá salida á un líquido seroso, y profundizando más, el líquido sale purulento, entonces es de un valor inestimable la punción.

---

(1) Chauffard. Loco citato.

- 114 -

Tampoco no debe olvidarse las punciones á distintas alturas, las cuales pueden dar salida á líquidos de distintas naturaleza, pero no tiene un valor absoluto, pues puede tratarse de varios enquistamientos que encierren distintos contenidos, ó también, á una gran sedimentación del exudado.

Sólo nos resta mencionar la importancia que tiene el examen de la naturaleza del exudado, el encontrar el bacilo colicomunes y la fetidez que tiene casi siempre el pus ó gases que se extraen de las colecciones sub-frénicas.

~~~~~

-118-

Radioscopia. Este moderno medio de investigación y ya tan rico en datos positivos. Bien dirigido y sabiendo interpretar fielmente las imágenes radioscópicas, es de excelentes resultados.

Según Loison (1) normalmente 3 ó 4 centímetros separan los niveles respectivos de las bases pulmonares. En los casos de abscesos sub-frénicos, la diferencia es mucho más considerable pudiendo llegar á 7 y 10 centímetros. Además en los del lado derecho la cúpula diafragmática de aquel lado aparte de estar más alta se vé inmovil y la del izquierdo más baja y siguiendo los movimientos respiratorios. En caso de absceso del lado izquierdo sucederá lo contrario.

(1) Gely . Loco citato. Pag. 77.

Diagnóstico diferencial. Aparte del conjunto nosológico que por el interrogatorio y exploración recogemos y que con bastantes probabilidades llevan á nuestro ánimo el convencimiento de la existencia de un absceso sub-frénico, existe el escollo; de que muchos de los síntomas recogidos se presentan también en otras enfermedades en iguales ó muy parecidos términos.

Y esto que ocurre en la mayoría de las especies morbosas, pues desgraciadamente, hay muy pocos signos patognomónicos, en la afección que nos ocupa adquiere gran relieve. Por eso, tenemos que tener en cuenta, antes de hacer el diagnóstico definitivo, aquellas otras enfermedades que puedan ser causa de error. Estas son varias, en unas el descarte será fácil en otras difícil.

- 120 -

Siendo los abscesos sub-frénicos una afección abdominal con síntomas pleurales, tendremos que diferenciarlas de afecciones abdominales y afecciones torácicas.

Afecciones abdominales.

Gastritis flecmonosa. Pocas veces será causa de error esta afección, por otra parte rara. Cuando se trate de una gastritis flecmonosa, existirá dolor localizado en el epigastrio (algunas veces se extiende á todo el abdomen) tumoración, dispnea, vómitos y estado general grave. Pero el conjunto sintomático será el de una gastritis sub-aguda. El origen más frecuente de esta afección, es el de una infección general intensa (fiebre tifoidea, puerperal, viruela, pichemia) afecciones que no es lo común encontrarlas como antecedentes de los abscesos sub-frénicos; la fiebre

- 121 -

suele ser muy alta, el estado general grave y progresivamente creciente desde su comienzo, la duración corta.

Pero cuando esta flecmasia, forma un absceso más considerable y hace prominencia hacia el peritoneo formando un absceso perigástrico, ya es más fácil la confusión, tanto más, cuando la ruptura de éste en la cavidad peritoneal sino ocasiona la peritonitis general y llega á localizarse, como puede hacerlo, debajo del diafragma; entonces formará un verdadero absceso sub-frénico, y será difícil distinguir cuando termina una afección y comienza otra, á no ser, la fase de peritonismo general que acompaña casi siempre antes de completarse la localización purulenta.

Cáncer de estómago. Cuando el cáncer llega á formar tumoración, existen síntomas que le diferencian bien, de los abscesos

subfrénicos.

Pero como ha sido á veces causa de error (observación XXXIV.) y por otra parte los abscesos sub-frénicos aunque por excepción, pueden seguir una marcha latente. Por eso los mencionamos.

Si hubiera alguna duda, la insuflación gástrica (1) los infartos ganglionales, antecedentes hereditarios, la comprobación de ácido lactico en el jugo gástrico y por otra parte, la falta de signos propios de absceso sub-frénico aclararán el diagnóstico.

Ya hemos visto que los cánceres de estómago al ocasionar una perforación pueden ser causa también de abscesos sub-frénicos.

Cánceres del hígado. Los cánceres hepáticos aumentan el área de macidez hepática, y á veces en su crecimiento forman al-

(1) Boas. Loco citato Tomo II Pag. 275.

- 123 -

guna prominencia en el torax. Pero esta área recuerda la del hígado, el aumento se dirige más hacia abajo y hacia el epigastrio, que hacia arriba; su superficie la mayor parte de las veces estará abollada, (secundarios) más rara vez lisa (primitivo). La apirexia, la caquexia cancerosa, la marcha en fin le distinguirá bien de los abscesos sub-frénicos.

Cólico hepático. Algunas veces el comienzo del absceso sub-frénico simula un ataque de cólico hepático. En la observación XXXIX, es un cólico hepático más violento que los anteriores el que abre la escena. Pero cuando no existe esta coincidencia las irradiaciones del dolor, la palpación poco sensible, la fiebre intermitente y la carencia de signos físicos en la base del torax,

-124-

nos dilucidarán la no existencia del absceso.

Absceso del hígado. La distinción de éstos abscesos con los sufrénicos es algunas veces difícil de establecer, tanto más, cuando ellos pueden en el curso de su evolución dar origen á uno sub-frénico.

En favor del absceso hepático, cuando el diagnóstico no sea claro, tendremos; la procedencia del enfermo de un país cálido y el antecedente de una disentería grave, que es la afección que principalmente le origina. Pero no tenemos que olvidar, que también existe el abscesos hepático nostras (1) .

Siredey y Danlos (2) consideran como actualmente imposi-

(1) Arnaud. Congrès pour l'avancement des sciences. Marseille 1891 y Straus. Arch. de med. experim. et d'anat. mai. 1896.

(2) Deschaens. Loco citato Pag. 182.

-125-

ble por los sólo~~s~~ signos físicos, la distinción entre un absceso voluminoso del hígado y un foco de peritonitis sub-diafragnático, y dicen "si el enfermo viene de un país donde la hepatitis supurada es frecuente, la cuestión está prejuzgada, sin embargo, la rareza de absceso hepático no será un argumento pues las dos afecciones son lo mismo de excepcionales".

Veamos ~~ahora~~ de que medios nos podemos valer, cuando los grandes abscesos del hígado con prominencia en la parte superior, den lugar á tal confusión.

La punción exploradora, no siempre nos sacará de dudas; pues aunque el aspecto más característico de los abscesos hepáticos es el de una papilla achocolatada, de ~~heces~~ de vino (1) también pue-

(1) Brouardel y Gilbert. Loco citato T. V. Pag. 398.

den tener, alguna vez, el aspecto gangrenoso y ser fétidos, confundiéndose con el del absceso sub-frénico.

En las variedades agudas, que son las que principalmente pueden prestarse á confusión por su principio brusco, dolor localizado en el plano antero-lateral inferior del torax y duración corta, la Mtericia es la regla. Y en los abscesos subfrénicos, no es lo general encontrarla.

El mismo cálculo de probabilidades nos dará la existencia de una complicación en la cavidad pleurítica, esta es, más frecuente en los abscesos sub-frénicos que en los del hígado.

Por último, será útil tener en cuenta que ~~da las~~ investigaciones del Doctor Axisa (1) se deduce que la disminución de la urea

(1) Revista de Med. y Cir. prácticas 21 Mayo 1906. Pag. 280.

en la orina combinada con el aumento del amoníaco, constituye un síntoma muy principal del absceso hepático.

Pero aún después, de un minucioso examen, no siempre sacamos una conclusión definitiva, y en este caso, el perjuicio no es grande para el enfermo, pues el tratamiento que debemos proponer, es el mismo en cualquiera de los dos casos.

Quistes hidatídicos. Cuando estos se desarrollan en la cara superior del hígado y rechazan el diafragma hacia arriba, se prestan también á confusión. Pero en esta afección somos algo más afortunados que en la anterior, en recursos de que poder valernos para la diferenciación. En los antecedentes será de mucha utilidad saber si el enfermo ha padecido en otras ocasiones de quistes hidatídicos, lo mismo que averiguar si abundan éstos en la región de

- 128 -

donde procede el enfermo.

La percepción clara del estremecimiento hidatídico, si tuviéramos la suerte de encontrarle, sería decisiva.

La punción, sino fuera peligrosa, sería valiosa por el resultado que diese el examen del líquido.

Además de estos elementos de diagnóstico, contamos con la marcha que suelen seguir los quistes hidatídicos. Esta es latente, hasta que el tumor adquiere cierto tamaño, indolora; pues de lo primero que se apercibe el enfermo es del aumento de volumen. No hay itericia y faltan los síntomas generales graves. Como vemos pues, estos caracteres distan de ser los propios de los abscesos sub-frénicos.

Pero sin embargo, los quistes hidatídicos, y aquí los del

hígado, no tienen la misma evolución y síntomas. Ebstein (1) refiere el siguiente caso de Thormaehlen. Hombre de 26 años, con tumor del hígado bastante voluminoso y doloroso, el crecimiento había sido rápido, después sensación confusa de fructuación y al operar estirpación de una bolsa de equinococos.

El enfermo que ocupó este invierno pasado la cama n°. 36 en la Sala del Doctor Codina en este Hospital general todavía pone más de manifiesto la marcha normal del quiste hidatídico. Y á pesar, de no interesarnos directamente en el asunto que nos ocupa, no queremos dejar de hacer una suscita historia de este enfermo, hasta ahora inédita. Hombre de 33 años. Había estado en Cuba cuando la guerra pasada, donde padeció fiebres intermitentes. Desde ha-

(1) Ebstein. Loco citato Tom. III - Pag. 81.

-130-

cía algún tiempo dolor en el hipocondrio izquierdo, al mismo tiempo que notaba cierta tumefacción. Al entrar en clínica tenía, ictericia bastante acentuada, aumento en la macidez hepática, dolor y fiebre ~~abcesional~~ con máximas de 38'2°, 39'6°. Vino al hospital, con el diagnóstico probable de alguna complicación palúdica por los abscesos febriles que venía padeciendo (la ictericia databa de poco tiempo). La reacción del iodo en la orina, acusó materias biliares, confirmado por el análisis de orina hecho en el laboratorio, sin otra cosa de particular en ella. El análisis de sangre, dió ; 15.000 leucocitos, 35 % de eosinófilos .

Pareció bastante verosímil el diagnóstico de angiocolitis supurada y propuesta la intervención y aceptada por el enfermo, pasó á una sala de cirugía, donde fué operado felizmente, encontrán-

-731-

dose al practicarla un quiste hidatídico de la cara superior del hígado, que comenzaba á supurar.

Las particularidades del caso, como se vé, son; el dolor precoz, la ictericia y la fiebre; en un quiste hidatídico, en que la supuración sin duda databa de poco tiempo, por ser incipiente esta.

Quistes hidatídicos sonoros del hígado. Gilbert y Weil (1) pueron los primeros que llamaron la atención sobre el aumento súbito de volúmen y aparición de sonoridad, en los quistes hidatídicos. Asignando á tal particularidad como un signo de la purulencia del quiste.

Enebuske en su tesis (2) trata exclusivamente de esta va-

(1) Comunicación á la Soc. Biol. 18 Junio 1898.

(2) Enebuske quistes hidatidiques sonores du foie. París 1906.

riedad, llegando á reunir hasta 7 casos.

Cuando la sonoridad la percibimos solamente á la precusión fuerte y la ligera sea mate, ó la sonoridad sea central rodeada de macidez, esto será signo de quiste hidatídico sonoro, pero si estas dos zonas están una encima de otra, siendo superior la timpática, entonces será muy difícil de establecer el diagnóstico, sino hay otros signos que lo aclaren.

Peritonitis general y perforación intestinal. Sólo cabrá el error en el comienzo, pues la marcha y la aparición de síntomas locales aclararán el diagnóstico.

Cólico de plomo y oclusión intestinal. Lo mismo diremos de estas afecciones; y si como alguna vez puede ocurrir se reúnen

los antecedentes plúmbicos con la aparición de un absceso subfrénico aumenta la confusión. (observación XXXVI)

Pero los signos locales y por otra parte los síntomas propios del cólico saturnino ú oclusión, despejarán la situación.

Afecciones torácicas.

Pleuresía _ Los derrames de la cavidad pleurítica tienen bastantes puntos de contacto con los abscesos subfrénicos simples, y como además, es una enfermedad frecuente la pleuresía; existen estas dos causas de error, una, por sus analogías; otra, por que es la primera afección con que se piensa al encontrar una zona maciza en la parte inferior del torax.

Pero al explorar con cuidado encontraremos bastantes elementos que dilucidarán la cuestión. Los antecedentes no son igua-

les, en los abscesos sub-frénicos los más frecuentes son los gástricos; y el principio brusco, aparatoso, simula un ataque peritonítico. En la pleuresía, los antecedentes son principalmente torácicos, existe tos; poco frecuente en aquellos.

La línea que forma el límite superior de la macidez, es mal limitada en la pleuresía, y con la curva clásica de Damoiseau, que como es sabido se dirige de atrás adelante y de arriba á abajo, esto es; cóncavo con la concavidad mirando hacia arriba. La zona de mayor macidez está en la parte posterior.

En los abscesos subfrénicos el límite de la macidez por esta parte, es limpia, claro, existe una transacción brusca y forma una curva de convexidad superior. Y la parte de mayor macidez está en la parte anterior.

- 135 -

Las figuras 4a. y 5a., y 6a. y 7a., mejor que ninguna descripción, demuestran de una manera palmaria la diferencia de la curva en estas dos afecciones.

Las figuras 4a. y 5a. están sacadas de una fotografía inédita que debo á la bondad del Doctor Codina; son del enfermo que ocupó la cama n°. 37 de su Sala en el Hospital General á primeros del verano pasado y á quien se le extrajeron 1325 gramos de líquido límpido y amarillo. Este enfermo que quedó bastante bien después de la punción; á últimos del mismo verano volvió á ingresar en la clínica y merced á las inyecciones de pilocarpina desaparecieron completamente los últimos residuos que quedaban de la pleuresía padecida.

Las figuras 6a. y 7a. son dos esquemas en los cuales está



Figura 4a.

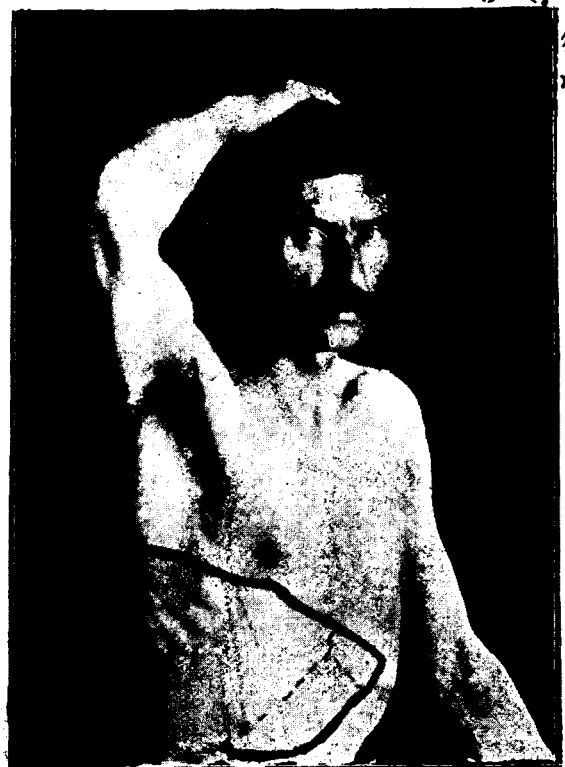


Figura 5a.

Pleuresía del lado derecho. Tomados de dos fotografías inéditas cedidas por el Doctor Codina Castellvi.

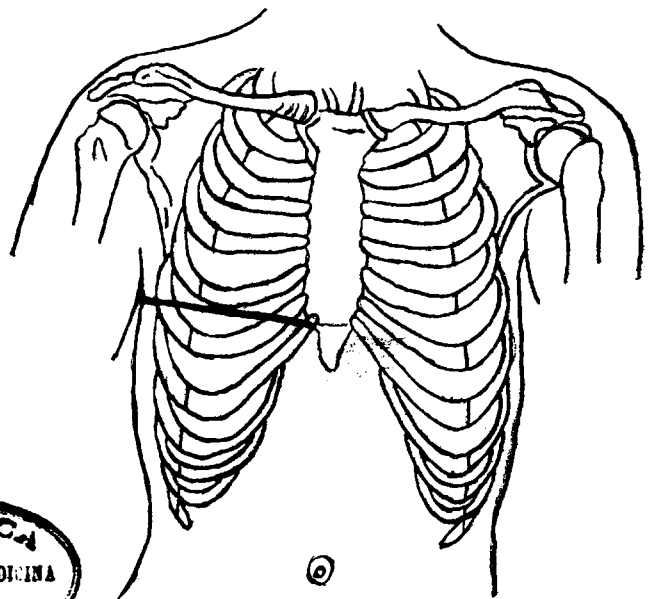
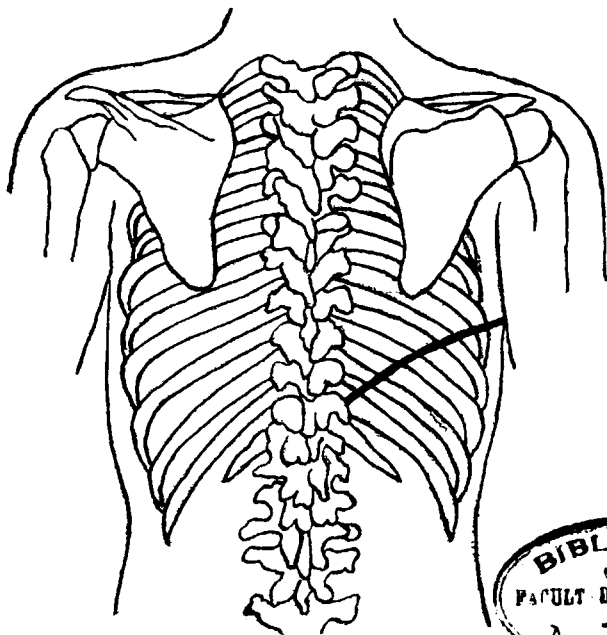


Figura 6a.
Parte posterior del torax

Absceso sub-frénico del lado derecho. Altura y dirección que alcanzaba la zona de macidez en el caso observado en la Sala del Doctor Codina en este Hospital General.

Figura 7a.
Parte anterior del torax

trazada la altura y dirección que alcanzaba la línea de macidez en el enfermo de absceso sub-frénico observado en la misma clínica y cuya historia esté al principio de este trabajo.

Aunque Lejars (1) dice que es difícil apreciar esta convexidad, lo que podemos decir es, que en el enfermo del Doctor Pastor, como hemos visto, así como en la observación recogida en la clínica del Doctor Codina se marcaba con claridad.

Las desviaciones que el derrame imprime á los órganos inmediatos también nos servirá para diferenciarlos. En las pleuresías del lado derecho, según Dieulafoy, se necesita un derrame de 2 litros (2)

(1) Semaine Medicale 26 Marzo 1902

(2) Dieulafoy. Manual de Pat. int. Edición española Tomo 1º. Pag. 509.

- 139 -

para que pueda ocasionar el descenso del hígado. En los abscesos sub-frénicos, con una macidez mucho menor de lo que representa tan considerable derrame, lo vemos descendido.

En las pleuresías del lado izquierdo la desviación del corazón hacia la derecha, es característica, según el mismo autor, el punto máximo del sístole cardiaco, llega aproximadamente al borde izquierdo del esternón con un derrame de 500 ó 600 gramos; al borde derecho del mencionado hueso con un derrame de 1.200, y que está entre el esternón y la tetilla derecha con otro de 1.800 á 2.000 gramos.

Además de lo dicho, la punción exploradora (véase pag. será de verdadera utilidad.

Pero la pleuresía no sólo tenemos que tenerla en cuenta

- 140 -

como causa de error, sino que también, puede ser una complicación. La plauresía es frecuente, frecuentísima en las peritonitis generales, Senator dice que es la regla. En las circunscriptas, y por tanto en los abscesos sub-frénicos, no lo es tanto (el 50 % en el vivo y el 65 % las comprobadas en el cadaver, Nowack).

Esta complicación, tan frecuente por la comunicación linfática de peritoneo con pleura y explicada perfectamente por Ranvier, la tenemos que tener en cuenta, pues puede enmascarar seriamente el diagnóstico .

Piotorax_y_pneumotorax. Es inútil decir, que sólo nos interesan, aquellos que tienen sus causas en el interior del torax.

Estas afecciones son la mayor dificultad para el diagnóstico de los abscesos gaseosos sub-frénicos, así como lo eran para

-141-

los simples las pleuresías.

Cuando el pneumotorax es producido de una manera rápida por la perforación de la pleura visceral y entrada de aire en la cavidad de las pleuras libres de adherencias, la gran dispnea que origina la irupción del aire en este sitio, le diferenciará bien de los abscesos sub-frénicos, pues si en estos existe dipsnea, es más bien subjetiva.

Cuando la perofración es producida por un empiema, la vómica, nos pondrá en camino de esclarecerlo.

En esta afección, los antecedentes recogidos son de gran valor Ebstein (1) dice que la tuberculosis representa un papel muy principal, tanto que el 90 % de los casos de pneumotorax son debidos

(1) Ebstein. Loco citato. Tomo 1º. Pag. 601

- 142 -

á la tuberculosis pulmonar. Es frecuente que ocurra en el primer periodo de esta enfermedad, y en esta época no suelen haber adherencias que impidan la forma masiva del pneumotorax. Cuando estas adherencias existen, y dan lugar, al pneumotorax parcial, estando entonces el tuberculoso en un periodo más avanzado, no es fácil pase desapercibido este dato tan importante. Siendo esto una gran ventaja, pues el pneumotorax parcial, es el que puede dar lugar á mayor confusión.

En los pneumotorax parciales hay uno al que Tolmer dedicó su tesis (1) y describió por primera vez Dieulafoy, en el cual la distinción con el absceso sub-frénico se hace más difícil.

(1) Pneumotorax parciel inferieur a syntomes pérítoneo-pleuraux París 1891.

-143-

Aunque el examen físico, nos dé poca luz, sin embargo, nos podemos valer de varios medios para la diferenciación de estas dos afecciones. Uno de los principales es la dislocación del corazón, en los abscesos sub-frénicos ya sabemos que esta dislocación se realiza hacia arriba y aumentando su área de macidez, en el pneumotorax la dislocación es hacia el lado contrario del afectado y disminuyendo su área. Las figuras 8ª y 9ª tomadas de Beck demuestran bien la dislocación del corazón en un absceso sub-frénico y en un pneumotorax.

La punción exploradora, en los abscesos sub-frénicos aumentará la presión en el manómetro ó la salida del líquido será más rápida durante la inspiración, y en el pneumotorax durante la espiración.

Las variaciones rápidas de los límites de la macidez, se-

-144-

AD 02 1

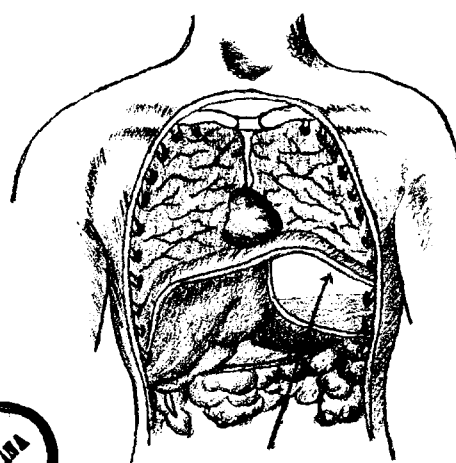


Figura 8^a.

Absceso sub-frénico
gaseoso; dislocación
del corazón (Beck)

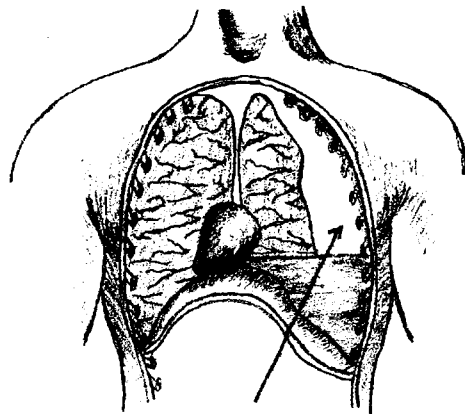


Figura 9^a.

Pneumotorax izdo. dis-
locación del corazón
(Beck)



-145-

gún la posición que adopte el enfermo no ocurrirán en el pneumotorax de la parte inferior. Estas variaciones únicamente podrán realizarse en el pneumotorax general, ó sea cuando no hay adherencias pero entonces por realizarse en pleno torax, se diferenciarán bien de las ocurridas en la cavidad sub-frénica.

Así como la pleuresía en los abscesos simples, era un motivo de confusión, en este caso es una ventaja, pues entonces se nota en parte antero-lateral del torax, entre la zona timpánica inferior y la de sonoridad pulmonar normal, un espacio de zona mate debida al derrame pleural que permitirá eliminar el pneumotorax de la parte inferior.

La desaparición del signo del diafragma, hablará en favor del pneumotorax .

- 146 -

Y para terminar, diremos que el límite superior del timpanismo en el pneumotorax inferior suele ser horizontal, y en el absceso sub-frénico convexa hacia arriba como ya sabemos.

[illegible]

-147-

C A S U Í S T I C A

~~~~~

Las siguientes observaciones están entresacadas de las publicadas en las tesis de Martinet, Deschamps, Gely, Rosain, Ball y Tolmer citadas anteriormente. La mayor parte de ellas están resumidas y podrán leerse ampliamente en el sitio donde se cita en cada una.

~~~~~

O B S E R V A C I O N I

Barlow. Londón Med. Gacette, Mayo 1845. (I de Martinet)

Mujer de 30 años. Con antecedentes de gastritis alcohólicas de unos 8 meses. Dolor violento y brusco en el lado izquierdo

-148-

irradiándose al hombro. Sofocación, dispnea extrema. Respiración anfórica, retintín metálico por debajo de las falsas costillas. No había timpanismo.

Diagnóstico absceso sub-frénico por perforación estomacal.

Tratamiento médico.

Muerte.

Autopsia: absceso sub-diafrágmatico y dos perforaciones estomacales, una en el cardias y otra sobre la pared anterior.

OBSERVACION II

Rigal 1874, Bull. de la Soc. medicale des Hôpitaux (XV de Martinet) principio brusco. Tumefacción epigástrica. A los 17 días se presentó un peneumotorax derecho. Abierto merced á la pasta de Viena,

- 149 -

salió gas y 1750 gramos de pus. Muerte.

Autopsia: Absceso sub-frénico extendido desde uno á otro hipocondrio entre el hígado, estómago y diafragma. En la cara posterior del estómago á 4 centímetros del píloro, dos perforaciones perfectamente cicatrizadas. Hígado sano.

O B S E R V A C I O N III

Hilton-Fagge 1860. Revue de Medicine 1892. VI. de Martinet.

Enfermo de 64 años, padecía desde mucho tiempo vómitos, dolores gástricos y se desnutría gradualmente.

Diagnóstico: Cáncer de estómago.

Autopsia: absceso sub-frénico izquierdo, ilimitado arriba por el diafragma que estaba ulcerado en unos 5 ó 6 centímetros de diámetro; á la izquierda por las costillas; á la derecha por una

- 150 -

parte del lóbulo izquierdo del hígado y superficie anterior del estómago; por abajo el bazo y el pancreas y delante por la pared abdominal y colon . Se encontraron dos perforaciones en la parte posterior del colon transverso.

O B S E R V A C I O N IV.

Bouchará 1862 Bull. de la Soc. anat. Pag. 309. (X de Martinet)

El enfermo tiene antecedentes dispépticos. Bruscamente vómitos, dolor epigástrico, fiebre.

Diagnóstico: Cólico hepático. Muerte.

Autopsia: absceso subdiafragmático comunicando con una úlcera perforada del duodeno.

O B S E R V A C I O N V.

Hilton-Fagge . Loco citato (XIII de Martinet).

Hombre 37 años. Principio brusco después de una coz en el

- 151 -

hipocondrio izquierdo. Tumorción en esta región, poco dolorosa, mate, remitante, resonancia timpánica.

El enfermo no consiente la operación. Al poco tiempo vuelve diciendo que después de un abundante vómito desapareció la tumoración.

OBSERVACION VI.

Bull. med. du Nord, 1877, (XXIX) de Deschamps.)

Joven con una ovaritis. Después de algunas alternativas peritonitis localizada en la parte inferior del abdomen, después generalizada. Derrame pleural.

Autopsia: Una parte de la pared anterior del estómago y del colón transversal adherida á la pared abdominal; la cavidad peritoneal está dividida en dos bolsas secundarias, una superior y

- 152 -

limitada arriba por el diafragma y abajo por las adherencias del estómago con el peritoneo parietal; la otra inferior contenía el intestino delgado y los órganos de la pelvis. Derrame en la cavidad pleural izquierda de un litro de pus. Diafragma perforado y comunicando con el absceso situado debajo de él. En la zona inferior del abdomen restos de peritonitis. En el ovario izquierdo un pequeño absceso.

OBSERVACION VIII

II personal de Martinet.

Mujer de 28 años. Digestiones pasadas sin dolor. Meteorismo después de las comidas. Constipación habitual.

Subitamente dolor agudo, lancinante, en el lado izquierdo al nivel de la cintura irradiándose al ombligo al hueco epigástrico

- 153 -

y región dorsal. Fiebre. Algún vómito. Constipación absoluta. Dispnea intensa. Tinte sub-ictérico.

Examen, Dolor á lo largo del esternón y hueso epigástrico, en la región costal inferior izquierda y en la lumbar. Gran postración. Persiste la constipación. La palpación del epigastrio é hipocondrios derecho é izquierdo dolorosa. Vientre algo timpanizado. Algunos frotos en la base del pulmón izquierdo. La temperatura primero alrededor de 38° adquirió después grandes oscilaciones.

Practicada una punción exploratriz en el octavo espacio intercostal izquierdo hasta la profundidad donde se halla la cavidad pleurítica, no salió nada por la cánula, hundiendo más esta salió un pus fétido.

Operación.

- 154 -

Autopsia: Ninguna lesión de peritonitis general. Adherencias uniendo la primera porción del duodeno, una parte de la pequeña curvadura y cara anterior del estómago, á la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado. La mitad superior de la gran curvadura adherida á la pared abdominal anterior. Hígado enorme, edematoso, negruzco, equimótico en ciertos sitios; su lóbulo derecho sin ninguna adherencia peritoneal. El borde anterior del hígado en la porción que está en relación con el estómago negruzco y con pequeños abscesos en su interior. Uno de éstos abscesos está situado á la derecha del ligamento suspensorio, (es de pequeño tamaño).

Separando con cuidado las adherencias que unen la cara inferior del hígado al estómago se encuentra una cavidad sub-hepática.

- 155 -

ca llena de pus blanco y grumoso .

OBSERVACION VIII

Jordan Lloyd. British med. journ. 12 Nobre. 1892. (LXXXI de Martinet.

Contusión de la región epigástrica por una coz de caballo. Vómitos incoercibles. Después aparición de un tumor fluctuante en la región umbilical y sub-diafragmático. Por punción se extrae un líquido engruzco. Muerte.

A la autopsia colección en la tras-cavidad de los epiplo-
nes. Pankreas gangrenado.

- 156 -

O B S E R V A C I O N IX

H. Bennett. The Lancet, 7 juill., T. II, p. 21. (Observación ~~XXXVIII~~ *de Martinet*)
Mujer de 41 años. Antecedentes gástricos; dolor violento al nivel del ombligo; la enferma pierde el conocimiento. Sensibilidad y dolor supra-umbilical. Timpanismo pre-hepático. Respiración abdominal suprimida.

Diagnóstico peritonitis general.

La parotomía media supra-umbilical demostrando la existencia de un absceso supra-hepático derecho con falsas membranas. Perforación de la región pilórica en su cara posterior.

Curación.

- 157 -

OBSERVACION X.

Pfuhl. Virchow's Jahresb 1877. (XXXI Deschams) Joven de 23 años. Signos de pleuresía derecha acompañados de vivos dolores. Macidez hasta la sexta costilla, por encima timpanismo hasta el nivel de la clavícula. Respiración normal desde la clavícula á la quinta costilla.

Ligero abultamiento en el hipocondrio derecho. La macidez de la base del hemitorax derecho, llega por abajo hasta el nivel del ombligo, donde se percibe el borde libre del hígado.

La punta del corazón late en el 4º. espacio intercostal al nivel de la línea axilar anterior izquierdo.

Al siguiente día respiración anfórica, succusión hipocrá-

-158-

ca. La punción practicada en el 5º espacio intercostal derecho dá salida á un pus cremoso, fétido. Después de esta evacuación, el corazón recobra su posición normal. Muerte súbita al poco rato.

Autopsia: absceso del tamaño de una cabeza de niño, limitada, arriba por el diafragma, á la izquierda por el ligamento falciforme y abajo por la cara superior del lóbulo derecho del hígado, por delante grandes adherencias que le unen á la pared abdominal y duodeno. En este último á 3 centímetros del píloro úlcera del tamaño de una pieza de 10 céntimos.

OBSERVACION XI.

Ewart et Bennett. The Lancet, 17 Noviembre 1894. (XCI de Martinet)
Antecedentes gástricos, dolor epigástrico después de las comidas, nada de hematemesis. Dolor brusco violento en el lado izquierdo,

-159-

dispnea intensa. Tensión y tumefacción en la región epigástrica. Macidez hasta bastante alta en la región torácica anterior. Respiración tubaria, egofonía, ausencia del murmullo vesicular á la izquierda y timpanismo á este nivel hasta la tercera costilla.

Diagnóstico: Pneumotorax sub-frénico.

La-parotomía media supra-umbilical. Salida de pus y gases. Lavado y drenaje. Más tarde aspiración torácica dando salida á quinientos gramos de pus. Alimentación rectal. La intervención permitió ver las siguientes lesiones: absceso sub-diafragmático por úlcera estomacal, limitado abajo por el hígado, arriba por el diafragma, á la derecha por el ligamento suspensorio, á la izquierda por el estómago y adherencias, y abajo y adelante, por ad-

-760-

herencias del estómago con la pared abdominal anterior.

Curación.

O B S E R V A C I O N XII

Dalton. Brit Med. Journal, 1901 1. 1206. (Ball LXXV.)

Mujer de 25 años. Ningún síntoma anterior de parte del estómago. Bruscamente dolor violento en la región precordial. Nada de tos. La alimentación no produce dolor.

Diez días después dolor en el lado izquierdo muy violento, con dispnea. Derrame en la base del pulmón izquierdo. Corazón desplazado á la derecha.

Punción en la pleura izquierda y extracción de 15 onzas de líquido claro.

Continúa no habiendo tos y sin llamar la atención sínto-

- 161 -

más gástricos.

Muerte.

Autopsia. Úlcera en la cara anterior del estómago cerca del áardias. Esta perforación está cubierta por el hígado y adherencias, sin embargo hay una pequeña comunicación entre el hígado y el estómago que se dirige hacia arriba y á la izquierda comunicando con la parte izquierda del diafragma, el hígado, el estómago y el bazo. Donde existe un absceso. Este absceso comunica por perforación del diafragma con una cavidad del pulmón izquierdo llena también de la misma materia que el absceso sub-diafragmático.

O B S E R V A C I O N XIII

Lenoir. Bull. de la Soc. anat., p. 248. (LXV de Martinet)

Mujer de 32 años. Adelgazamiento grande. Tos desde mucho

-162-

tiempo. Espectoración abundante. Al examen: signos de vasta excavación en la parte inferior izquierda del pulmón (soplo, succusión) grandes oscilaciones térmicas. Muerte.

Autopsia: Perforación de estómago á centímetro y medio del cárdias. Bazo gangrenado. Absceso periexplénico (líquido nauseabundo y algunos pedazoá de tejido explénico esfacelado. Diafragma perforado. Gangrena pulmonar.

O B S E R V A C I O N XIV.

Monod. Soc. de Cid. 8 Diciembre 1897.

Mujer de 25 años . Padecía crisis gástricas desde algún tiempo. Brúscamente fiebre, estado infeccioso grave. Al cabo de algún tiempo aparece una colección fluctuante en el hueco epigástrico, al mismo tiempo signos de derrame pleurítico en la base izquier-

- 163 -

da.

Antes de operar disminuyen los fenómenos en el epigástrico y aumentan los signos de pneumotorax en el torax.

Incisión posterior tras-diafragmática; se encontró un absceso sub-diafragmático izquierdo con dos prolongaciones, una superior hacia los pulmones, otra inferior hacia el epigastrio.

OBSERVACION XV.

Lejars. Soc. de cir. de París. Sesión 8 Diciembre 1897.

Mujer de 32 años. Antecedentes gástricos. Accidente brusco. Tumor gaseoso sub-frénico. A la laparotomía salida de gran cantidad de pus verdoso y fétido. Marchaba bien, pero murió.

A la autopsia una vasta bolsa, en la cual había una perforación de la cara anterior del estómago. Pero además había otra

- 164 -

que pasó inadvertida colocada detrás del estómago entre éste y el bazo y tenía por origen otra perforación de la cara posterior del estómago.

OBSERVACION XVI.

Hilton-Fagge. (XVI de DESCHAMPS)

W. T., 38 años. Desde hacía tres meses malas digestiones, dolor en el pecho, en el dorso entre las dos escápulas; algunos vómitos matutinos. Tres días antes de su entrada súbitamente dolor violento en el abdomen y vómitos de materias grisáceas.

A su entrada en el Hospital dolor muy vivo aumentado por la presión, localizado en la región hepática y extendiéndose por detrás á la región lumbar. Algo de macidez en la base del pulmón derecho, un poco de derrame pleural. Algunos días después chapo-

- 165 -

teo á la sucusión en la base derecha. Sonoridad timpánica en una gran parte del lado derecho también.

El enfermo muere repentinamente.

Autopsia: Debajo del diafragma gran absceso limitado abajo por el lóbulo derecho del hígado y comunicando á través del diafragma con la pleura. Estómago muy inflamado en su interior así como el duodeno, con membranas difteroides del largo de unos 2 centímetros. Ninguna perforación.

Observación
OBSERVACION XVII.

Revue de Médecine Juillet 1893. (Vanlair).

Niño de 6 años. Había padecido una enterocolitis. El 1º.- de Marzo un escalofrío intenso, después dolor vivo en el abdomen, sobre todo en la región supra-umbilical derecha. Timpanismo

- 166 -

diarrea, fiebre de 40°.

El 10 de Marzo, ligero soplo en la extremidad de la base del torax derecho, detrás desaparición casi completa de las vibraciones vocales. Tumefacción epigástrica, pulso 140, respiración 60. Se diagnostica derrame pleural derecho, peritonitis circumscripta y catarro agudo del estómago. Al día siguiente, signos de bronco-pneumonía en la base izquierda. A partir de éste momento el epigastrio se hace voluminoso y forma una tumoración lisa. Mejora el enfermito pasajeramente.

El 22 de Marzo la tumoración epigástrica adquiere una sonoridad clara, timpánica, con elasticidad de las paredes. A la auscultación, soplo y isócrono con los movimientos respiratorios, ruido de gutta cadens.

-167-

Tres días más tarde pneumotorax ocupando toda la parte lateral de la parte media del pecho, extendiéndose un poco hacia adelante.

Abdomen bilobado. Al mismo tiempo en la vena crural izquierda flebitis, coincidiendo con la aparición sub-cutánea de un tumor situado encima del ligamento de Poupart.

Operación. Abertura del tumor umbilical dando salida á gran cantidad de pus y gases; las paredes de éste absceso estaban constituidas por las adherencias del peritoneo á los órganos digestivos con el diafragma. Una exploración atenta permite encontrar una perforación situada sobre la pared anterior del colon transverso. Diafragma perforado haciendo comunicar el absceso subfrénico con la cavidad pleural.

-168-

Las particularidades de éste caso según Vanlair son: Enterocolitis, localización de ésta en un punto del cólon transversal, formación de adherencias que unene esta parte á la base de las pleuras; derrame en la cavidad pleurítica; este derrame perforando el dia-fragma forma un absceso sub-frénico y perforando la plaura visceral el pneumotorax; el absceso sub-frénico en su evolución es el que origina más tarde la perforación del cólon transversal.

OBSERVACION XVIII

Aartmann. Soc. Chic. 5 Junio 1898 (CXXXVII Martinett

Signos de obstrucción intestinal. En la operación se encuentra peritonitis supurada y úlcera duodenal que no se pudo suturar. Muerte por caquexia. Autopsia: úlcera no cicatrizada, absceso en la tras-cavidad de los epiplones.

-169-

OBSERVACION XIX.

Berger. Societé de Chirurgie, 17 nov. (CXXIII. de Martinet)

Apendicitis . quince dias antes de la aparición de los accidentes sub-frénico.

Incisión á lo largo del reborde costal. Foco apendicular que se comunicaba con otro sub-frénico.

Diagnóstico: Absceso sub-frénico retro-peritoneal, seguido de apendicitis.

OBSERVACION XX.-

Ball (Tesis, página 78, nota.)

Hombre de 45 años. Macidez hepática, descendida y aumentada, se percibe mucho mas abajo de su sitio normal. El hipocondrio derecho es completamente sonoro y existe succusión hipocrática

- 170 -

Por punción intercostal se saca gas fétido y pus. Se hizo el diagnóstico de piopneumotorax de origen tuberculoso. Operación: se encuentra la pleura sana y se necesita incindir el diafragma para encontrar la colección purulenta. Muere dos días después.

Autopsia un enorme absceso en la cara superior del hígado y por bajo del diafragma, reunido por una fístula anterior á la región del apéndice. Este había desaparecido en medio de una producción de falsas membranas.

OBSERVACION XXI.

Magnan. Bull. Soc. Anat. 1866 (II de Deschamps.)

Niño de 6 años. Aspecto tífico. Viente meteorizado, pero poco doloroso, nada de diarrea, Dolor en el hipocondrio derecho que aumenta por la presión. Tumefacción por debajo de las falsas costillas; este tumor sin límites bien precisos dá alguna sensa-

- 171 -

Muerte.

Autopsia: absceso siatuado encima del lóbulo derecho del hígado y debajo del diafragma, comunicando por un pequeño orificio fistuloso con dos abscesos mas pequeños situados en el lóbulo derecho del hígado.

O B S E R V A C I O N XXXII.-

Tesis de Deschamps observación V. (inédita).

X. 60 años. Ningun antecedente digno de mención. Hacia ocho dias que habia tenido un dolor muy vivo en el hipocondrio derecho, acompañado de vómitos. El dolor aumenta por la presión. Intolerancia gástrica y diarrea. Tinte sub-ictérico. Crisis de cólicos.

Al examen: en la parte posterior é izquierda del torax externos y soplo de pneumonia. Algún derrame en la pleura izquierda

-172-

Dolor al nivel de la vesícula biliar. Hígado grueso y duro .

Autopsia: absceso situado entre el hígado y el diafragma; el hígado que está aumentado de volúmen, está rechazado á la izquierda por la colección. Superficie del hígado sana lo mismo que el diafragma, Los límites del absceso eran á la izquierda el ligamento falciforme, á la derecha el ligamiento triangular y adherencias con el ángulo superior del colon ascendente con el transverso.

La vesícula biliar, muy alterada, sus paredes espesas y lardaceas, su mucosa ulcerada en su interior algunos gramos de líquido cetrino.

O B S E R V A C I O N XXIII.-

Letulle (VI de Deschamps.).

Mujer de 61 años. Manifestaciones dolorosas en la región hepática, corazón dilatado, dispnea, edema en los miembros inferiores.

- 173 -

res y macidez en la base de los dos pulmones.

Muere después de haberse acentuado la dispnea.

Autopsia: derrame seroso situado en la cavidad pleurítica derecha. El pulmon derecho rechazado hacia arriba. El diafragma remonta hasta la tercera costilla. Se encontró un absceso inter-hepato-diafragmático, que contenía unos dos litros de pus cremoso y verdoso. Las paredes de este absceso estaban formadas por una membrana grisácea. Inmediatamente por encima del absceso sub-frénico, el pulmon adherido al diafragma, y éste perforado.

Por debajo del hígado y á la derecha se encuentra una nueva colección purulenta, circunscrita por el gran epiplon. Una tercera colección situada entre el ángulo derecho del colon, la cara inferior del hígado y el gran epiplon.

La vesícula biliar, que está en la vecindad de estas dos úl-

-174-

timas colecciones contiene algunos cálculos y existe una colecistitis purulenta muy acentuada.

OBSERVACION XXIV.-

Troisier (II de Gély)

L. 59 años. Vigorosamente constituido, disfrutando siempre de buena salud.

Principio brusco con escalofríos, fiebre y dolor abdominal.

A su entrada la fiebre persiste así como el dolor que está situado en la región epigástrica. Tinte sub-ictérico. Unas veces diarrea y otras constipación. Ningun vómito.

El hígado traspasa las falsas costillas al nivel de la región epigástrica y doloroso á la presión. Poco á poco va aumentando de volumen, entonces se nota perfectamente la vesícula biliar. Por arriba la macidez hepática llega hasta la quinta costilla.

-175-

El dolor se extiende pronto á todo el hipocondrio derecho, al mismo tiempo aumenta la ictericia.

Nada anormal en el aparato respiratorio. La temperatura oscila entre 38° y 40° con remisiones matutinas.

El estado del enfermo se agrava, ultimamente se notan algunos roces peritoneales al nivel del hígado.

Autopsia: Al abrir el torax se encuentra la base del pulmon derecho intimamente unida al diafragma, pero separando con cuidado estas adherencias, se vé que el tejido pulmonar no presenta ninguna alteración. El diafragma rechazado hacia arriba por un absceso muy voluminoso situado entre la cara superior del hígado y el diafragma y á la izquierda del ligamento suspensorio.

El hígado aumentado de volúmen sobre todo en su lóbulo derecho y rebasando las falsas costillas unos cuatro traveses de dedo. Su cara inferior adherida á los órganos vecinos. Vesícula biliar adhe-

-176-

rida al colon transverso aumentada de volúmen y encerrando un líquido puriforme. Canal colédoco rodeado de tejido conjuntivo de nueva formación.

Practicado un corte en el lóbulo derecho del hígado, se encontraron numerosos abscesos miliares formados de pus concreto, amarillento ó blanquecino. Algunos de estos en contacto con la pared del absceso sub-frénico y comunicando con él.

OBSERVACION XXV.-

Zuber. Revue de Médecine, 1882 (Observación XXXIV de Martinet)

Hombre de 62 años. Antecedentes palúdicos, diarrea. Pérdida de conocimiento, dispnea, vómitos. Dolor en el lado izquierdo. Hematuria. Nada de particular en el pecho. Aspecto semi-caquectico. Nada de fiebre. Soplo en la base del torax en el primer tiempo respiratorio. Macidez ²explénica. Exertores sibilantes. Tratamien

-177-

to médico. Muerte.

Autopsia: Absceso peri-esplénico limitado arriba por el diafragma casi perforado, hacia adentro por el estómago y el pancreas, detras por el riñon y delante por el gran epiplon; alrededor del bazo falsas membranas rodeándole y encerrando regular cantidad de pus.

Ni ulceraciones, ni cicatrices. Hígado pequeño, retraído, decolorado.

OBSERVACION XXVI.-

I personal de Martinet.

E. B. 30 años. Principio brusco con escalofríos violentos, vómitos alimenticios y dolor en el hueco epigástrico que se generalizaron al resto del abdomen. Abdomen sensible, constipación. Mejoró, y al cabo de algunos días dolor de costado que según el

- 178 -

enfermo era como si le atravesaran con un tornillo. Este dolor predominaba siempre al nivel de las últimas costillas del lado izquierdo. Al cabo de unos días más, la región esplénica apareció pastada, dolorosa, una función practicada á este nivel dió salida á un litro de pus fétido, con el aspecto de la pulpa esplénica removida .

Exámen del enfermo. Cara profundamente alterada. Fiebre con exacerbaciones respertinas. Estado general alarmante.

Dispnea intensa. Las inspiraciones fuertes despiertan dolor en la región esplénica. El enfermo no puede estar acostado nada más que sobre el lado izquierdo; inmovilidad en esta parte.

La palpación bajo las falsas costillas es extremadamente dolorosa, no existe ningun abultamiento apreciable, sino mas bien algo retraida, no hay ni edema ni circulación colateral.

- 149 -

La precusión, en este hipocondrio izquierdo, acusa macidez desde el 7° al 11° espacio intercostal, llegando por detrás á la línea axilar y por delante al nivel de las falsas costillas. Esta macidez no ~~existe~~^á nada mas que dos traveses de dedo al nivel de la línea mamilar. No hay ascitis.

A la auscultación respiración normal en toda la altura del pulmon derecho y en la mitad superior del izquierdo. A partir de esta mitad superior izquierda algunos extertores finos y frotos de pleuresía seca. No existe tos ni expectoración.

La macidez cardiaca parece aumentada la punta late en el sexto espacio debajo de la tetilla.

Operación. En ella se encontró una cavidad llena de pus negrozco y fétido, después de evacuado se reconoció que habia allí una masa flotante y que tenia el aspecto de un cuagulo organizado

- 180 -

al ser extraído se vió que era un pedazo del bazo, á pesar de ello, la parte superior de éste estaba sana, y por tanto, el pedazo necrosado procedía de la parte inferior.

Autopsia. Hígado voluminoso. Estómago normal, lo mismo que los intestinos. Peritoneo no congestionado. El bazo muy adherido al estómago y al ángulo del colon, pero no al diafragma. En su parte inferior una pérdida de substancia. Adherencias en la cavidad pleurítica que unen las dos hojas sobre todo en el vértice. Los pulmones hepatizados.

- 181 -

OBSERVACION XXVII.-

Williams. London Med. Gaz. Diciembre 1845 (XX de Deschamps.)

Hombre de 40 años. Habia estado muchas veces en las Indias orientales, habiendo padecido de disenteria, al poco tiempo dolores vivos en el hipocondrio derecho, que bien pronto aumenta de volumen y vuelve rojo y sensible.

A su ingreso y al ser explorado se encontró debajo de las falsas costillas del lado derecho un tumor saliente del tamaño de un huevo de gallina, parecia sólido, sin embargo poca macidez á este nivel. Por debajo de este tumor resonancia timpánica. Estado general grave.

Diez dias después el tumor se hace mucho mas prominente, se hace fluctuante, y da la sensación de una cavidad llena de aire.

- 182 -

Retintin metálico, timpanismo, á este nivel.

Los órganos torácicos parecen sanos.

Una incisión practicada al nivel de la tumefacción dá salida á gas fétido y pequeña cantidad de pus. Muerte seis dias después.

Autopsia. Absceso situado entre el hígado y el diafragma y limitado delante por las adherencias entre el hígado y el gran epiploon, el colon transverso y las paredes abdominales. Al nivel de la cara convexa del lóbulo derecho del hígado que forma la parte inferior del absceso existen dos excavaciones llenas de pus; una de las venas hepáticas termina en una de ellas y encierra un cuágulo supurado. En el intestino lesiones de disenteria, restos de numerosas ulceraciones, perforación del colon que comunica con la cavidad del absceso sub-frénico. Vértices pulmonares tuberculosos.

-183-

OBSERVACION XXVIII.-

Edward Bruen. New-York. Med. and surg. Journal 1884(XVII Deschamps).

Joven de 18 años. Despues de cuatro semanas de la convalecencia de una disentería entra en el Hospital de Filadelfia, quejándose de dolores en la región hepática. Sensibilidad muy viva á la presión en el hipocondrio derecho. Macidez del hígado que alcanza unos 11 centímetros en la línea mamilar y 14 en la axilar.

Pleuresia seca á la derecha sudores, temperaturas de 37°7° y 38°8; transcurre así varios dias .

Después la sensibilidad y el dolor desaparecen, el estado general mejora, la temperatura es de 37°2° á los diez dias de su ingreso; así se mantiene diez dias más y muere subitamente después de un vómito.

Autopsia. Absceso conteniendo un litro de pus loable entre

- 184 -

el diafragma y el hígado. Hígado normal. Signos de inflamación catarral en el colon, con una ó dos ulceraciones recientemente cicatrizadas. Falsas membranas en la pleura derecha.

OBSERVACION XXX.-

Bloq, interne des hôpitaux (XXVIII de Deschamps, inédita).

F. L. Tifoidea de marcha ~~anormal~~ al final del segundo septenario después de un descenso notable de la temperatura, nueva elevación alcanzando mayor temperatura que antes; sin que el enfermo acuse otros fenómenos de particular. Al día siguiente el vientre aumentado de volumen y extremadamente doloroso; muere por la tarde.

Autopsia. Al abrir el abdomen algo de líquido en la cavidad peritoneal, neo-membranas muy abundantes en la fosa iliaca derecha. Dos perforaciones en la parte terminal del íleon. En la cara superior del hígado y el diafragma habia un absceso limitado y tapi-

-185-

zado por falsas membranas y encerrando alrededor de 300 gramos de líquido sero-purulento. Falsas membranas de perihepatitis rodeando al hígado, su tejido completamente sano.

En el intestino lesiones de fiebres tifoideas.

OBSERVACION XXX.-

Antonoff. Gaz. clin. de Botkine. 21 Marzo, Sem. Médicale 1890. (LXVIII de Martinet).

Joven de 25 años. Contrajo una fiebre tifoidea de forma ambulatoria, en vista de la ligereza de los síntomas la enferma no salió del régimen alimenticio habitual; después de algunos días es atacada bruscamente de peritonitis generalizada que sigue una marcha sub-aguda. A los 8 días, tos violenta con expectoración fecaloidea. Se comprueba una infiltración en la base del pulmón izquierdo bien pronto seguido de pnoneumotorax del mismo lado.

- 186 -

Muerte.

Autopsia: perforación intestinal al nivel de una úlcera tífica situada en la pared posterior del colon ascendente, perforación del diafragma con derrame y contenido fecaloideo, al mismo tiempo que, purulento, en la cavidad peritoneal, en la base del pulmon izquierdo adherido al diafragma, perforación de un bronquio, pionemotorax.

OBSERVACION XXXI.-

Archambault. Bull. Soc. anat. 1852. (XXVI de Deschamps).

Niño que está convaleciente de una fiebre tifoidea y súbitamente síntoma del lado del pecho en un punto circunscrito del hipocondrio derecho. Se diagnostica una perforación intestinal. Muere 12 días después de éste accidente.

Autopsia: se comprueba una perforación en el fondo de la vesí-

-187-

cula y algunos restos de peritonitis parcial. Absceso circunscrito situado en la cara superior del hígado y debajo del diafragma. Adherencias del borde anterior del hígado con la pared abdominal. Vesícula de la hiel dilatada con ulceraciones muy manifiestas y una de ellas perforada. Canal colérico obliterado.

OBSERVACION XXXII.-

Gilbert y Garnier. Sociedad Medical de los Hospitales 18 Noviembre 1897. (II de Rosain).

Hombre de 40 años. Desde hace tres ó cuatro años el enfermo sufría del estómago, dolores después de las comidas al nivel del hueco epigástrico. Cuatro ó cinco meses antes de su ingreso se acentuaron estos síntomas. El 6 de Agosto tuvo un dolor súbito y muy vivo situado en medio del abdomen, hacia el ombligo, sin irradiaciones al hombro derecho ni otra parte. Al siguiente día no le quedaba nada mas que algún dolorimiento en la región abdominal, así

-188-

siguió durante ocho ó diez días, al cabo de los cuales empezaron á hincharse los miembros inferiores.

Estado á su entrada en el Hospital. Enflaquecimiento que contrasta con el edema muy marcado de los miembros inferiores; nada de ictericia. El edema sigue aumentando y llega hasta los muslos y parte inferior del abdomen hasta el nivel de la cintura.

Timpanismo abdominal, sin embargo, en el hipocondrio algo de macidez. A la palpación en el lado derecho una tumoración en la región hepática que traspasa las falsas costillas, pero es regular liso no doloroso. Por la línea exilar esta zona maciza llega á cuatro centímetros por abajo del reborde costal; ella está mas cerca del ombligo que del apéndice xifoides. El bazo no es sensible á la presión.

Los pulmones sanos en los vértices; en la base derecha, maci-

-189-

dez , desaparición del murmullo vesicular á este nivel, ni soplo, ni pectoilougia, ni egofonia. En la base izquierda algunos ruidos subcrepitantes, no hay macidez .

En los dias siguientes grandes oscilaciones térmicas, continúan los mismos síntomas.

Dos punciones exploratrices hechas al nivel de la macidez, son negativas.

Después dolor brusco en el lado derecho con dificultad respiratoria. Soplo tuvario en la base del pulmon derecho, desaparición del murmullo vesicular, algunos frotos y soplo anfórico poco intenso en una extensión de cinco ó seis centímetros. Por delante el hígado no está mas descendido que los dias anteriores. Timpanismo al nivel de la sexta y séptima costilla.

Operación: se encuentra una vasta colección supra-hepática

-190-

conteniendo pus y gas. El hígado aumentado de volúmen y alterado. Mejora el enfermo, pero el estado general va decayendo y muere un mes después de la operación.

Autopsia: La cavidad subfrénica está completamente curada y cerrada. Peritonitis tuberculosa generalizada. Infiltración de esta naturaleza en los vértices de los dos pulmones, con pleuresia seca á este nivel. Foco de pleuresía purulenta inter-lobular derecha, la base en este lado adherida al diafragma y costillas. Hígado recubierto de espesa capa de peri-hepatitis en la cara convexa del lóbulo derecho, sitio que corresponde al absceso subfrénico curado.

O B S E R V A C I O N XXXIII.-

Cockle. The Lancet. 25 de Abril 1863. (XIII de Ball).

F. 29 años bien constituido; ha disfrutado de salud.

-191-

Desde hacía quince días algunos dolores torácicos. Por la noche subitamente dolores violentos en el estómago y vómitos, el abdómen aumenta pronto de volúmen y se hace sensible al tacto. Constipación.

A su ingreso en el Hospital: gran postración, abdómen meteo-
rizado, sensible y doloroso, con un punto máximo de dolor en el hi-
pocondrio izquierdo. Vómitos frecuentes que mas tarde se hacen fe-
caloideos (no hay sangre en ellos). Pulso pequeño y frecuente.
Respiración costal superior.

La extrema sensibilidad dolorosa impide un reconocimiento mi-
nucioso del lado izquierdo.

Al siguiente día continua el mismo estado. Por sospecharse
la oclusión intestinal se le hace un lavado intestinal y se consi-
guen algunas deposiciones diarreicas.

- 192 -

Mejora el enfermo. Los dolores y el meteorismo disminuyen, sin embargo el hipocondrio izquierdo sigue doloroso. El examen minucioso del abdomen permite encontrar un empastamiento bien marcado en la región ileo-cecal. Esta mejoría persiste durante tres dias. Tos quintosa, dificultad respiratoria, cianosis. La auscultación permite apreciar una induración de la base de los dos pulmones. Muerte.

Autopsia: Hígado congestionado, el lóbulo izquierdo llega hasta el bazo y adherido al diafragma por neomembranas que forman una cavidad purulenta y con líquido estomacal que comunica con una úlcera de estómago en la región pilórica. A la parte baja de la pequeña curvatura. Bazo sano, rodeado de neomembranas. Intestinos adheridos al mesenterio.

Dos nuevas cavidades llenas de pus y líquido estomacal limi-

19 —

tadas por falsas membranas, la una entre el recto y la vagina; la otra en la fosa iliaca derecha.

O B S E R V A C I O N XXXIV.-

Hartmann (XXVIII de Gély).

Mujer de 45 años. Entra en estado caqueptico y con síntomas gástricos. Sin fiebre. Por debajo del reborde costal izquierdo una tumoración que parece adherente. Visto el estado del enfermo, se piensa en un carcinoma difuso del estómago.

Algunos días después muere el enfermo.

Autopsia: Absceso ocupando la concavidad del diafragma izquierdo comunicando con el estómago por un pequeño orificio al nivel de una úlcera que no tiene nada de cancerosa.

O B S E R V A C I O N XXXV.-

Ewart et Bennett. The Lancet 17 Abril 1894. (XCI de Martinet).

-194-

Antecedentes gástricos, dolor epigástrico después de las comidas, nada de hematómesis. Dolor brusco y violento en el lado izquierdo, dispnea. Tensión y tumefacción en la región epigástrica. Macidez hasta bastante alta en la región torácica anterior. Respiración tuvaria, egofonia, ausencia del murmullo vesicular á la izquierda y timpanismo á este nivel hasta la tercera costilla.

Diagnóstico: Pneumotorax sub-frénico.

Laparotomía media supra-umbilical. Salida de pus y gases. Lavado y drenage. Más tarde, aspiración torácica dando salida á 500 gramos de líquido. Alimentación rectal. La intervención permitió ver las siguientes lesiones: Absceso sub-diafrácnático á la derecha del ligamento suspensorio y úlcera estomacal.

-795-

OBSERVACION XXXVI.-

Courtois - Suffit (III de Rosain).

Hombre de 40 años de oficio pintor. Bruscamente dolores abdominales generalizados, con vómitos alimenticios y biliosos. Constipación. Cara grippal. Se cree muy probable la oclusión intestinal.

El enfermo muy abatido, decúbito dorsal, lengua seca, voz apagada, dolores abdominales muy intensos, continúa la constipación.

Abdómen con timpanismo generalizado, sin embargo se acentúa una tumefacción al nivel del hipocondrio derecho y de la región epigástrica. Mayor dolor en este sitio.

Después se averigua que el enfermo padecía de algunos trastornos gástricos desde hacia dos años. Y se comprueban algunos ca-

-196-

racteres de la intoxicación plumbica. El error con el cólico de plomo era fácil pues el enfermo tenía muchos síntomas de esta última afección y no tenía temperaturas muy elevadas.

Algunos días después el meteorismo se modifica, haciéndose más evidente en la parte superior y menos en la inferior, parece bilobado. La región timpánica está más extendida á la derecha que á la izquierda ocupando todo el hipocondrio derecho. Macidez hepática parece desaparecida. El dolor todavía se localiza más al nivel del borde externo del gran dorsal.

Continúa la constipación y temperaturas poco elevadas.

Se piensa en que el obstáculo que ocasionaría la obstrucción intestinal, de ser esta cierta, debía encontrarse en el intestino grueso.

Al día siguiente deposiciones espontáneas, á pesar de esto el abdomen continúa lo mismo.

- 194 -

Operación: Absceso limitado arriba por el diafragma, abajo por el estómago y el hígado, llena de pus y gas fétido.

Curación.

OBSERVACION XXXVII.-

Courtois- Suffit. (VI de Rosain).

Mujer de 29 años. Antecedentes de úlcera redonda de estómago un año antes de su ingreso. Con pocos días de intervalo, dos síndromes de perforación. Después del segundo que fué mas intenso ingresa en el Hospital.

Decúbito dorsal. Aspecto tífico. Temperatura 40° pulsaciones 120. Respiración acelerada.

Al examen aumento de volumen irregular del vientre. Una depresión transversal situada entre el reborde de las falsas costillas y la unión de región epigástrica y el ombligo, le divide en dos porciones, la superior mucho mas considerable que la inferior.

- 198 -

El aspecto del abdomen es bilobado.

Dolor en todo el abdómen sobre todo en la región epigástrica.
Ningun empastamiento.

En el epigastrio timpanismo que se continúa sin zona de macidez ni submacidez con la sonoridad pulmonar. La macidez hepática existe solamente hasta la línea axilar y por delante se encuentra desaparecida.

Haciendo sentar al enfermo aparece una zona maciza en la parte inferior del hipocondrio derecho y del epigastrio; esta zona mate aumenta en la posición genu-pectoral.

A la auscultación algunos frotos en la región epigástrica; en la parte posterior del torax algunos extertores y ligeros soplos; por delante nada anormal .

A los pocos dias tos , expectoración purulenta y simulando vó-

micas .

El abdomen está menos timpanizado y menos doloroso. La tumefacción epigástrica ha disminuido pero el dolor agudo se conserva en esta región.

Operación. Muere rápidamente á los cuatro dias de operado.

Autopsia. Dos abscesos gaseosos sub-diafragmáticos; uno anterior limitado detrás por la cara anterior del lóbulo izquierdo del hígado, á la derecha por el ligamento suspensorio, á la izquierda por las adherencias entre la pared torácica y el estómago, arriba por la concavidad del diafragma, delante por una porción de la pared abdominal anterior y abajo por el colon transverso comunicando con una perforación de la pared anterior del estómago. Y el otro absceso, era posterior y estaba situado en el hipocondrio izquierdo cerca del bazo y comunicando por una perforación de la

-200-

cara posterior de la gran tuberosidad.

OBSERVACION XXXVIII.-

J. Naught. British medical Journal 22 Mayo 1897. (X de Rosain).

Hombre de 33 años, desórdenes gástricos anteriores. Es atacado de dolores epigástricos y vómitos graves, pero nada más indicaba que hubiera perforación. Mejora y diez días después dolor agudo en el ángulo del omóplato derecho. Fiebre.

Algunos roces ásperos en la región dolorosa. Tos seca. Expectación escasa, el enfermo había guardado cama durante estos días y el enfriamiento no podía ser fácil.

Diez días mas tarde, tumefacción considerable en el epigástrico, hígado descendido hasta el nivel del ombligo. Su macidez es reemplazada por timpanismo por delante. Encima de esta zona timpánica, macidez en una extensión como de dos traveses de dedo, y

-201-

mas arriba de ésta la resonancia habitual del pulmón con algunos exortores húmedos á la aoscultación. Dispnea expectoración insignificante.

Al hacer acostar al enfermo sobre el lado izquierdo la zona timpánica del derecho aumenta hacia afuera. Se obtiene ruido de chapoteo al sacudir al enfermo, como simplemente por la presión.

Por percusión se diferencia facilmente el estómago, de la zona timpánica.

La ponción exploradora entre el 9° y 10° espacio intercostal en la línea axilar posterior comprueba la existencia de un pus fétido. Otra punción practicada entre el 5° y 6° espacio intercostal, da salida á un líquido seroso .

Dos semanas después y cuando el enfermo se encontraba mejor, aumenta de pronto la dispnea, la temperatura se eleva. Punción

-202-

por segunda vez entre el 5° y 6° espacio intercostal y extracción de unas once onzas de pus. El hígado recobra su sitio.

Nuevos escalofríos y nueva elevación térmica. Resección de una porción de la séptima costilla y evacuación de gran cantidad de pus situado debajo del diafragma.

Curación.-

OBSERVACION XXXIX.-

Letulle(VII de Deschamps) .

Joven de 19 años. Desde hace un año antecedentes de cólicos hepáticos. Nueva crisis muy violenta con dolores en el hueco epigástrico, en el dorso y lado derecho. Tinte ictérico. Actualmente el dolor se exagera por la presión, sobre todo en el lado derecho. Hígado descendido. diarrea. A los pocos días nueva crisis de cólico. Macidez en la parte inferior del pulmon izquierdo. Ma-

-203-

cidez hepática muy aumentada, algunos frotos peritoneales.

Muerte.

Autopsia: Absceso sub-frénico alrededor del cardias. Otro absceso debajo del lóbulo de Spigelio. Vesícula biliar distendida y llena de pus.-

OBSERVACION XXXX.

Andeoud (VII de Rosain)

Hombre de 24 años. Antecedentes gástricos. Dolor en el epigastrio, sin ninguna tumuración. Signos de pneumotorax en la base izquierda, con tres zonas superpuestas (abolición del murmullo y soplo anfónico, soplo pulmonar intenso, respiración normal). Sucusión que se produce solamente por los movimientos respiratorios. Sin necesidad de mover al enfermo. Macidez hepática desaparecida. Autopsia: absceso sub-frénico del lado izquierdo, úlcera perforada de estóm

- 204 -

C O N C L U S I O N E S

~~~~~

### I.

Los abscesos sub-frénicos se consideran como poco frecuentes, pero creemos, que á medida que vayan conociéndose mejor, se verá que algunas veces pasan desapercibidos y confundidos con otras enfermedades que le son muy afines.

### II.

Los abscesos sub-frénicos son peritonitis purulentas enquistadas, en las cuales pueden encontrarse gases y situadas debajo del diafragma y encima de los órganos que él cubre.

- 205 -

### III.

El origen de los abscesos la mayor parte de las veces, parte de un órgano determinado de la cavidad abdominal, (úlceras de estómago ó duodenal, apéndice, afecciones hepáticas, bazo, páncreas, perinefritis) , otras, las menos, de una afección torácica.

### IV.

No es estrictamente necesaria la perforación de un órgano para que se produzca el absceso, pues la propagación de la infección al lugar sub-frénico se realiza algunas veces por vía conjuntivo - linfática.

### V.

Cuando en el contenido de los abscesos se encuentran gases, estos pueden proceder de la perforación de un órgano que normalmen-

te le contenga, ó desarrollarse espontaneamente en el lugar subfrénico.

#### VI.

Los principales caracteres que distinguen á los abscesos subfrénicos, son; antecedentes gástricos, principio brusco seguido de una fase de peritonitis general, desaparición de esta á los pocos días, y después, localización dolorosa en el epigastrio ó en uno de los hipocondrios. A la percusión, en uno de éstos sitios, limitación de una zona anormalmente maciza ó timpánica, de convexidad superior. La macidez cardiaca desviada hacia arriba y ensanchada su área. El borde del hígado descendido. A la punción salida del líquido con mayor fuerza y rapidez durante la inspiración y uniendo á la cánula un manómetro, se comprueba mayor presión en esta fase



-207-

respiratoria.

VII.

Las afecciones que pueden ser causa de error, son bastante numerosas, pero las principales son; absceso y quiste hidatídico del hígado, pleuresía, piotorax y pneumotorax.

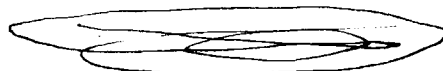
VIII.

Debemos proponer siempre como único tratamiento la intervención operatoria



Madrid 17 Junio 1907

José Fernández  
Blanco





- 1 -

## Bibliografía

### *Autores y obras consultadas*

Craveilhier. Diccionario enciclopédico 1892. Tomo VIII Pág 327

Charot y Bouchard. Tratado de Medicina. Edición española  
T. III, Pág. 796 y siguientes

Barrot. Des abcès sous-pharyngés. Semaine médicale  
Février 1906, Pág. 87

Ball. De la perforation de l'estomac au cours des  
ulcères latents ou reconnus. Paris Paris 1904

Boas. *Diagnostico y tratamiento de las enfermedades del estomago.* Edición española. *Tomos II* Pag 96

Broussal y Gilbert. *Traité de médecine et de thérapeutique.* *Tomos V* pag. 239 à 282

Deschamps. *Le péritonite périsplénique enkistée.*  
Thesis Paris, 1886

Dieulafoy. *Manuel de Pat. int.* Edición española *T. II* pag 147

Elstein. *Treatado de medicina clinica y terapeutica.* *T. II* pag 378  
*Tomos II* pag. 876 à 881. *T. III* 294.

Enebuske. *Contribution a l'étude clinique et bactériologique des kystes hydatiques sonores du foie.* Th. Paris 1906

-III-

Gely. Des abcès sous-phréniques d'origine biliaire  
Thesis Paris 1906

Lejars. Cirugía de urgencia pag. 822 y siguientes  
" Les suppurations de la zone sous-phrénique  
Sem. med. 20 marzo 1902 pag. 97

Martinet. Des variétés anatomiques d'abcès sous-phréniques. Thesis Paris 1898

Rosain. Abces gaseux sous-diaphragmatiques. Th. Paris  
1897

Revista de Medicina y cirugía practicas. 28 Dic. 1897, 9 ene  
1898, 28 junio 1902, 21 Mayo 1906 y 14 Mayo 1907.

-IV-

Sahli. *Métodos de exploración clínica*

Holmes. *On pneumothorax partial inferior a symp-*  
*tomas peritonéo-pléurales. Ann. Poiss 1891*

Vaulain. *Contribution a l'étude des abcès sous-*  
*diaphragmatiques. Revue de Médecine, July 1895*

---

*Artículos y obras que heurs visto mencionados en*  
*los anteriormente enumerados*

---

Beck. *sub-hepatic abscess. New-York, med. record, 1896*

-V-

Barlow. Perforation of stomach with obscure  
thoracic symptom. London med. Bar. mag. 1868

Breys. Traité des maladies chirurgicales, t. VII  
pag 869.

Cossy. Sur le pneumothorax engendré par les  
gaz venant du tube digestive (arch.  
gen. de med. 1879)

Denbowe & Reimond. Des abcès goteaux sous-diaprag-  
matiques par perforation des ulcères de l'estomac.  
Bar. des Hôpit 1890 no 124

-VI-

Loix. Peritonites circonscrites de la  
partie supérieure de l'abdomen  
Bh. Paris 1874

Tilbert & Weill. Kistes hydatiques, cystes gommeux  
du foie. Soc. biol. 18 Mars 1893, p. 687

Tilbert & Lippmann. Rôle des anaérobies dans  
les cholérites. Soc. de biol.  
18 Mars 1902

Dougl. Abscess sous-phrénique d'origine hé-  
patique. The Lancet, 3 nov. 1894

Triffon. Suppuration gommeuse des kistes hyda-



-VII-

Liquet du foie. Clin. med. del Hôtel-Dieu  
1906 pag 67

Tacoud. Paux pneumotorax et aber toux  
phœnigme. Clin. Petit 1888 pag 214

Korte. Ueber die Chirurgie der Gallen-  
wege und der Leber. Sammlung Klin.  
Vorträge Volkmann's 1. N. 10. 60. 11

Lang. Flieri Moscou. 1898

Leyden. Ueber pneumotorax sub-pleu-  
ral (Zeits für Klin. Med. 1879)

-VIII-

Maydl. Ueber sub-phrenisches Abscess Vienne 1894

Mauclaire. Phreno-peritonite. Gaz des hôp.  
mars. 1898

Nowack. Schmidt's Tausbucher Nr 10 & 11, 1891

Piard. Des suppurations à distance dans  
l'appendicite. Gh. Paris 1896

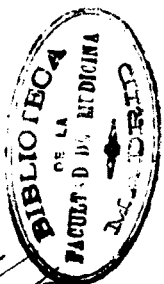
Rabé. Absces foyeux sous-diaphragmatique par  
perforation d'ulcère stomac ou duodénal  
Pres. med. 28 fév 1897 pag. 189

-IX-


Routier. Abcs sous-phœnigues s'arrivant  
à la peau. Soc. de chir. 17 nov. 1897


Scheuflen. Ueber pyothorax sub-phœnic  
Choritz lokal 1889 pag 189

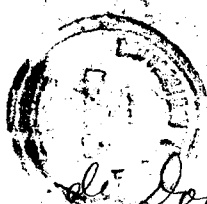
Vidal et Woile. De la transmission des bruits  
thoraciques juxta dans la partie  
inférieure de l'abdomen. Bull. & l'acad de  
med. de Paris vol 78



Waters. Abcs sous-phœnigues d'origine hœmo-  
cigues. British med. journ. 1877

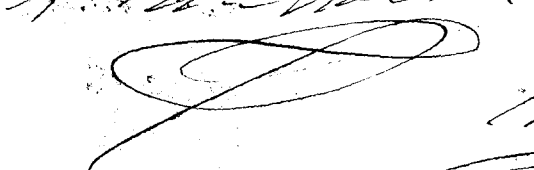
Admirable  
A. P. Driziga  


Admirable  
Narciso Jimenez  


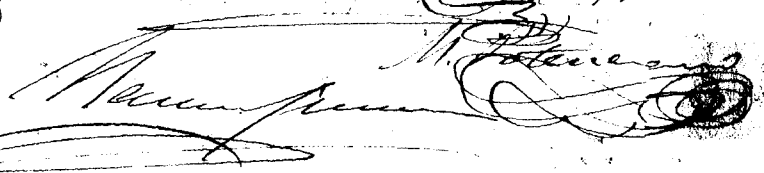


Dia 1 de Julio de 1907

Verifico el ejercicio del grado  
de Doctor y me califico de Sobresaliente

A. San Martin  


Arturo del Realdo J. G. G. G.



S. Torres Lirio  
